

Številka \_\_\_\_\_

**REVERZ ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK**Podpisani \_\_\_\_\_  
(ime, priimek, datum rojstva) potrjujem, da sem si danes,

dne \_\_\_\_\_, za zavarovano osebo \_\_\_\_\_

(ZZS številka)

od pooblaščenega pravne osebe \_\_\_\_\_  
(naslov in naziv)

izposodil medicinski pripomoček:

(naziv) \_\_\_\_\_ (šifra) \_\_\_\_\_ (izposoja do dne) \_\_\_\_\_

(naziv) \_\_\_\_\_ (šifra) \_\_\_\_\_ (izposoja do dne) \_\_\_\_\_

(naziv) \_\_\_\_\_ (šifra) \_\_\_\_\_ (izposoja do dne) \_\_\_\_\_

predpisan(i) z naročilnico št. \_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_.

Seznanjen sem z navodili proizvajalca in izposojevalnice o pravilni uporabi medicinskega pripomočka. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja bom medicinski pripomoček vrnil:

1. ko bo iztekel čas izposoje,
2. če se bom preselil v dom za starejše, posebni socialno-varstveni zavod ali zavod za usposabljanje, ki mi je medicinski pripomoček dolžan zagotoviti (npr. standardni voziček, hoduljo, sobno dvigalo, dvigalo za kopalnico, negovalno posteljo z vsemi dodatki itd.),
3. če ga ne bom več potreboval ali
4. če bi ta zame postal neuporaben zaradi sprememb v zdravstvenem stanju.

V primeru, da pripomočka ne bi mogel vrniti sam, ga bo vrnil:

(ime in priimek, rojstni datum, naslov)

(Zig in podpis izposojevalca)

(podpis prevzemnika)

**POTRDILO**

(naziv izposojevalca)

potrjujemo, da je \_\_\_\_\_ danes, dne \_\_\_\_\_  
(ime in priimek)

vrnil medicinski pripomoček \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_,

vrnil medicinski pripomoček \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_,

vrnil medicinski pripomoček \_\_\_\_\_ šifra \_\_\_\_\_,

ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi \_\_\_\_\_

na osnovi naročilnice št. \_\_\_\_\_ z dne \_\_\_\_\_.

(podpis izposojevalca)