

Številka / Numero _____

**REVERZ ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK /
CONFERMA DI RICEZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO A NOLEGGIO**Podpisani / _____ potrijem, da sem si danes /
ll/la sottoscritto/a _____ confermo che oggi,(ime, priimek, datum rojstva / nome, cognome, data di nascita)
dne / _____ za zavarovano osebo /
il _____ a nome dell' assistito/a _____

(ZZZS številka / codice ZZZS)

od pooblaščenih pravnih oseb /
da persona giuridico-autorizzata _____
(naslov in naziv / indirizzo e denominazione)

izposodil medicinski pripomoček / ho preso a prestito il dispositivo medico:

(naziv / denominazione) _____ (šifra / codice) _____ (izposoja do dne / noleggio fino al giorno) _____

(naziv / denominazione) _____ (šifra / codice) _____ (izposoja do dne / noleggio fino al giorno) _____

(naziv / denominazione) _____ (šifra / codice) _____ (izposoja do dne / noleggio fino al giorno) _____

predpisan(i) z naročilnico št. / _____ z dne /
prescritto con il modulo _____ del _____
d' ordine numero _____

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:

Sono a conoscenza delle istruzioni del produttore e del noleggiatore sull' uso corretto del dispositivo medico. Provvederò alla restituzione del dispositivo medico in conformità alle regole dell'assicurazione sanitaria obbligatoria:

1. alla scadenza del tempo prestabilito,
2. in caso di trasferimento in una casa di riposo, in un istituto di assistenza sociale specializzato, o in un istituto di formazione i quali sono in obbligo di fornirmi il dispositivo medico (esempio: deambulatore standard, stampelle, elevatore da camera, elevatore da bagno, letto di cura con tutti gli accessori, ecc.),
3. in caso di cessata necessità o
4. in caso il dispositivo medico non fosse più idoneo a causa di cambiamenti dello stato di salute.

Nel caso in cui non potessi restituire il dispositivo medico di persona, ne farà le veci:

(ime in priimek, rojstni datum, naslov / nome e cognome, data di nascita, indirizzo)

(žig in podpis izposojevalca / timbro e firma del noleggiatore)

(podpis prevzemnika / firma dell' utente)

POTRDILO / CERTIFICATO

(naziv izposojevalca / denominazione del noleggiatore)

potrijemo, da je / _____ danes, dne /
confermiamo che _____ oggi, il _____,vrnil medicinski pripomoček / _____ šifra /
ha restituito il dispositivo medico _____ codice _____,vrnil medicinski pripomoček / _____ šifra /
ha restituito il dispositivo medico _____ codice _____,vrnil medicinski pripomoček / _____ šifra /
ha restituito il dispositivo medico _____ codice _____,ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi / _____
che è stato dato in uso all' assistito/a _____,na osnovi naročilnice št. / _____ z dne /
in base al modulo d' ordine numero _____ dal _____.

(podpis izposojevalca / firma del noleggiatore)