

Številka / Szám _____

**REVERZ ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK /
ELISMERVÉNY A GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKŐZ ÁTVÉTELÉRŐL**Podpisani /
Alulírott _____

(ime, priimek, datum rojstva / név, utónév, születési dátum)

za zavarovano osebo /

, *án biztosított személy számára* _____potrjujem, da sem si danes, dne /
kijelentem, hogy a mai nap

(ZZS številka / SZEBI szám)

od pooblaščenega pravne osebe /
a meghatalmazott jogi személytől _____

(nasilov in naziv / cím és megnevezés)

izposodil medicinski pripomoček / kikölcsönöztem a következő gyógyászati segédeszközt:

(naziv / megnevezés)

(šífra / kód)

(izposoja do dne / kölcsönzés -ig)

(naziv / megnevezés)

(šífra / kód)

(izposoja do dne / kölcsönzés -ig)

(naziv / megnevezés)

(šífra / kód)

(izposoja do dne / kölcsönzés -ig)

predpisan(i) z naročilnico št. /
a számú megrendelő
utalvány alapján volt felírvaz dne /
amely _____

-án/én.

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

- ko bo iztekel čas izposoje,
- 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.),
- če ga ne bom več potreboval ali
- če bi ta zame postal neuporaben zaradi sprememb v zdravstvenem stanju.

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

Tudomást vettem a gyógyászati segédeszközt kölcsönzésbe bocsátó gyártó és kölcsönző használati utasításairól. A Kötelező Egészségügyi Biztosítás Szabályzatával összhangban a segédeszközt visszajuttatom:

- amikor letelik a kölcsönzési időszak,
- amennyiben idősebb polgárok otthonába vagy más szociálisintézménybe vagy szakképesítő intézménybe kerülök, ahol kötelesek biztosítani a segédeszközt (pl. szabványos rokkantkocsi, járóka, szobalift, fürdőszobalift, ápolóágy minden tartozékkal stb.),
- amennyiben nem lesz szükségem rá
- amennyiben a segédeszköz használhatatlanná válik állapotom változása miatt.

Abban az esetben, ha a segédeszközt önmagam nem tudom visszajuttatni, a visszajuttatásról a következő személy gondoskodik:

(ime in priimek, rojstni datum, naslov / név és utónév, születési dátum, cím)

(žig in podpis izposojevalca / a kölcsönző pecsétje és aláírása)

(podpis prevzemnika / az átvéető aláírása)

POTRDILO / IGAZOLÁS

(naziv izposojevalca / a kölcsönző megnevezése)

potrjujemo, da je /
igazolom, hogy _____

(ime in priimek / név és utónév)

danes, dne /
a mai
napon _____vrnil medicinski pripomoček / visszajuttatta
a következő gyógyászati segédeszközt _____šífra /
kód _____vrnil medicinski pripomoček / visszajuttatta
a következő gyógyászati segédeszközt _____šífra /
kód _____vrnil medicinski pripomoček / visszajuttatta
a következő gyógyászati segédeszközt _____šífra /
kód _____ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi /
amely használába volt adva a következő
biztosított személynek _____na osnovi naročilnice št. /
a számú megrendelő utalvány alapján _____z dne /
napjától _____

(podpis izposojevalca / a kölcsönző aláírása)