PREDLOG ZOBNOPROTETIČNE RAHABILITACIJE / *PROPOSTA DI RIABILITAZIONE PROTESICA DENTALE*

1 - IZVAJALEC / *OPERATORE*

ŠTEVILKA IZVAJALCA / *CODICE DELL´ OPERATORE* _____

ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI / *CODICE DELL´ ATTIVITÀ SANITARIA* _____

_____
(naziv izvajalca / *denominazione dell´ operatore*)

2 - ZOBOZDRAVNIK / *DENTISTA*

☐ OSEBNI / *DI BASE*

☐ NAPOTNI / *SPECIALISTA*

ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA / *CODICE DEL DENTISTA* _____

☐ NADOMESTNI / *SOSTITUTO*

_____
(imenski žig / *timbro nominativo)*

3 - ZAVAROVANA OSEBA / *ASSISTITO/A*

_____ (številka zavarovane osebe / *codice dell´ assistito/a)*

_____ (datum roj. / *data di nascita)*

_____ (enota ZZZS zavarovanja / reg. št. / unità locale ZZZS / n. di registrazione)

_____ (zavar. podlaga / *base assicurativa*)

_____
(priimek / *cognome)*

_____ (ime / *nome)*

M / *M* – 1 Ž / *F* – 2

_____
(ulica / *via)*

_____ (poštna številka / *codice postale)*

_____ (kraj / *luogo)*

4 - NAPOTNICA / *IMPEGNATIVA*

ŠTEVILKA NAPOTNICE / *NUMERO DELL´ IMPEGNATIVA* _____

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA / *CODICE DEL MEDICO* _____

5 - IZDELOVALEC NADOMESTKA / *ODONTOTECNICO*

_____ (šifra laboratorija / *codice del laboratorio)*

_____ (naziv laboratorija / *denominazione del laboratorio)*

_____ (številka izdelovalca / *codice dell´ odontotecnico)*

_____ (ime izdelovalca nadomestka / *nome dell´ odontotecnico)*

6 - RAZLOG OBRAVNAVE / *MOTIVAZIONE DEL TRATTAMENTO*

01 - BOLEZEN / *MALATTIA*
02 - POŠKODBA IZVEN DELA / *INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO*
03 - POKLICNA BOLEZEN / *MALATTIA PROFESSIONALE*
04 - POŠKODBA PRI DELU / *INFORTUNIO SUL LAVORO*
05 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA / *INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI*

7 - TUJI ZAVAROVANEC / *ASSISTITO/A STRANIERO/A*

_____
(šifra države / *codice del Paese)*

8 - SHEMA STANJA ZOBOVJA IN NAČRT REHABILITACIJE / *TABELLA CONDIZIONI DENTATURA E PIANO DI RIABILITAZIONE*

načrt / *piano*																
stanje / *condizione*	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
stanje / *condizione*	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
načrt / *piano*																

OZNAČITI / *INDICARE*

X manjkajoči zob / *dente mancante*

⊗ zob v protezi / *dente nella dentiera*

☐ prevleka na zobu / *rivestimento del dente*

☒ člen / *elemento*

S samoplačniška storitev / *servizio a pagamento a carico dell´ usufruente*

9 - DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE / *SOSTITUTI PRECEDENTEMENTE PRODOTTI IL*

_____
_____
_____
_____

10 - NAROČILO STORITEV / *ORDINE DEI SERVIZI*

storitev / *servizio*	količina / *quantità*	šifra / *codice*	material / *materiale*	posebnost / *particolarità*

Izjavljam, da bom v dogovoru z zobnoprotetičnim laboratorijem zagotovil skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami iz Pravilnika o medicinskih pripomočkih in za to prevzemam tudi vso odgovornost. / *Dichiaro che, in accordo col laboratorio protesico, assicurerò la conformità del prodotto ai requisiti essenziali del Regolamento sui dispositivi medici e me ne assumo la piena responsabilità.*

_____ (kraj / *luogo)* _____ datum / *data* (žig / *timbro*) _____ (podpis zobozdravnika / *firma del dentista)*

11 - PREDRAČUN IN RAZLOG DOPLAČILA / *PREVENTIVO E PAGAMENTO SUPPLEMENTARE*

☐ - obvezno zdravstveno zavarovanje / *assicurazione sanitaria obbligatoria* _____ EUR

- doplačilo po 23. čl. ZZVZZ *supplemento secondo l´ articolo 23 della ZZVZZ*

☐ a) prostovoljno zdr. zavar. / *assicurazione sanitaria volontaria* _____ EUR

☐ b) oseba sama / *a carico dell´ assistito/a* _____ EUR

☐ - plačilo nadstand. materiala / *pagamento per materiale extra standard* _____ EUR

☐ - plačilo storitev, ki niso pravica iz obveznega zdr. zavarovanja / *pagamento per servizi non previsti come diritti in base all´ assicurazione sanitaria obbligatoria* _____ EUR

SKUPAJ / *TOTALE* _____ EUR

12 - IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE / *DICHIARAZIONE DELL´ ASSISTITO/A*

Soglašam s predlogom zobnoprotetične rehabilitacije, pri čemer sem bil(a) seznanjen(a) tudi z drugimi možnostmi. Seznanjen(a) sem z zneskom kritja za opravljene storitve iz zdravstvenega zavarovanja ter z doplačili in plačili, ki mi jih zavarovanje ne krije. Plačila in doplačila bom poravnal(a) v rokih, ki bodo opredeljeni na izstavljenem računu. Hkrati potrjujem, da sem seznanjen(a), da izvajalec jamči za izdelek 1 leto in da nimam pravice do enakega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pred iztekom trajnostne dobe, ki je /

Concordo con la proposta di riabilitazione protesica dentale e sono stato/a informato/a anche sulle altre opzioni. Sono stato/a informato/a dell´ importo a carico dell´ assicurazione sanitaria dei supplementi e degli importi non coperti dall´ assicurazione. Provvederò alla copertura del pagamento degli importi supplementi entro le scadenze che verranno definite sulla fattura emessa. Contestualmente confermo di essere a conoscenza che l´ operatore garantisce il prodotto per 1 anno e che non ho il diritto allo stesso dispositivo a spese dell´ assicurazione sanitaria obbligatoria prima della fine del periodo previsto in specifico:

za prevleke / *per i rivestimenti del dente* _____ let, za mostiček / *anni, per ponti dentali* _____ let, / *anni,*

za delno akrilatno protezo / *per protesi parziali acriliche* _____ let, za delno protezo s kovinsko bazo / *anni, per protesi parziali con base in metallo* _____

let in za totalno protezo / *anni e per protesi totale* _____ let / anni.

_____ (kraj / *luogo)* _____ (datum / *data)* _____ (podpis zavarovane osebe / *firma dell´ assistito/a)*

Izdal in založil / *Rilasciato e pubblicato dal:* ZZZS – Obr. ZB/05 - IT – *Modulo ZB/05 - IT*

ponatis prepovedan / *ristampa proibita*

13 - POTRDITEV ZZZS / *CONFERMA DEL ZZZS (ISTITUTO PER L´ASSICURAZIONE SANITARIA DELLA SLOVENIA)*

ZZZS - območna enota /
ZZZS - unità locale _____

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **potrjuje**. /
*rileva che la proposta per la riabilitazione protesica dentale è conforme alle Regole dell' Assicurazione sanitaria obbligatoria. La proposta **si conferma**.*

☐ ugotavlja, da Predlog zobnoprotetične rehabilitacije **ni v skladu** s / _____ členom / _____ alineo /
*rileva che la proposta della riabilitazione protesica dentale **non è conforme*** *all' Articolo* *Comma*
Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **zavrača.** /
*delle Regole dell' Assicurazione sanitaria obbligatoria. La proposta **non si conferma.***

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije pomanjkljivo izpolnjen, zato ga **vrača zobozdravniku v dopolnitev /**
*rileva che la proposta della riabilitazione protesica dentale è incompleta e per questo motivo **restituita al dentista per l´ integrazione.***
Prosimo dopolnite / ***Si prega di completare la proposta*** _____.

(žig / *timbro*)

_____ (kraj / *luogo*) _____ (datum / *data*) _____ (podpis / *firma*)