

POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA

123456789

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

1. - OSEBNI
2. - NADOMESTNI
3. - NAPOTNI

(številka zdravnika)

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj.)

(enota ZZZS zavarovanja/reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

(ime)

M - 1 Ž - 2

(ulica)

(poštna številka)

(kraj)

4 - RAZLOG OBRAVNAVE

- 01 - BOLEZEN
- 02 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 03 - POKLICNA BOLEZEN
- 04 - POŠKODBA PRI DELU
- 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA
- 07 - TRANSPLANTACIJA

6 - TUJI ZAVAROVANEC

ŠIFRA DRŽAVE

5 - PODLAGA

- 1 - 1.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
- 2 - 2.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
- 3 - 3.TČ. 1. ODST. 23. ČL.

4 - NMP

5 - POZIV IMENOVANEGA ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE KOMISIJE

7 - VRSTA PREVOZA

- 1 - JAVNI PREVOZ
- 2 - OSEBNI AVTO

8 - PRAVICA DO SPREMSTVA

- 1 - DA
- 2 - NE

9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO

- 1 - STAROST OSEBE
- 2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE

Najbližji ustrezní izvajalec je v kraju _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

Zavarovana oseba se je dne _____ javila:

1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne _____, skupaj _____ dni
2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne _____, skupaj _____ dni
3. na pregled v ambulantí / specialistični ambulantí ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
4. v ambulantí nujne medicinske pomoči ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
5. na pregled pri
 1. imenovanem zdravniku ZZZS - OE _____ izpostava _____
 2. zdravstveni komisiji ZZZS _____ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur.

Kraj _____ dne _____ žig _____
imenski žig - podpis zdravnika

Pregledi

[illegible]