

**1 – ZDRAVNIK** osebništevilka  
zdravnika pooblaščen nadomestni**2 – ŠTEVILKA IZVAJALCA****3 – ZAVAROVANA OSEBA**

(številka zavarovane osebe)

(datum rojstva – MMLLLL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavarovalna podlaga)

(priimek)

(ime)

M - 1 Ž - 2

(ulica)

pošta

kraj

**PZZ**

šifra zavarovalnice

šifra zavarovanja

številka police

**4 – RAZLOG OBRAVNAVE**

- 1 – BOLEZEN (tudi preventiva)
- 2 – POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 – POKLICNA BOLEZEN
- 4 – POŠKOBA PRI DELU
- 5 – POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

**5 – NAČIN DOPLAČILA**

- 1 – BREZ DOPLAČILA
- 2 – ZAVAROVANA OSEBA
- 3 – ZAVAROVALNICA

**6 – TUJI ZAVAROVANEC**

(šifra države)

(farmacevt)

**Rp./**

Žig izvajalca

(datum)

(podpis in imenski žig zdravnika)

**Kontaktni podatki o zdravniku in izvajalcu**

(ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije)

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)