

BELA NAPOTNICA

1111111111

NAZIV ZDRAVNIKA

Priimek

Ime

Ulica, hišna številka

Poštna številka _____ Kraj _____

Številka zdravnika

VELJAVNOST

1. enkratno
2. za obdobje _____ mesecev

OBSEG POOBLASTILA

1. pregled in mnenje
2. zdravljenje osnovne bolezni/
poškodbe njenih posledic
3. napotitev na zdravljenje k
drugim specialistom in v bolnišnico

RAZLOG OBRAVNAVE

1. bolezen
2. poškodba izven dela
3. poklicna bolezen
4. poškodba pri delu
5. poškodba izven dela po tretji osebi
7. transplantacija

PREDNOSTNI KRITERIJI

1. nosečnost
2. dojenje
3. preprečitev nastanka potreb po
dodatnih zdravstvenih storitvah
4. ocena nezmožnosti za delo

ZAVAROVANA OSEBA

Priimek

Ime

Datum rojstva

Ulica, hišna številka

Poštna številka _____ Kraj _____

Telefonska številka*

elektronski naslov*

* kontaktna podatka o telefonski številki in elektronskem naslovu nista obvezna

STOPNJA NUJNOSTI

1. nujno
2. hitro
3. redno

RDP

šifra

opis

MKB

šifra

opis

VRSTA SPECIALNOSTI NAPOTNEGA ZDRAVNIKA _____

KRAJ _____

DNE _____

ŽIG _____

podpis zdravnika

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE _____

NAROČEN V SPECIALISTIČNI AMBULANTI _____

DNE _____

OB _____

URI _____

PRI ZDRAVNIKU _____

1. KRATKA OPREDELITEV PROBLEMA IN SPECIFIČNO VPRAŠANJE: _____

2. AKTIVNI ZDRAVSTVENI PROBLEMI: _____

3. KLJUČNE NAJDBE PRI KLINIČNEM PREGLEDU: _____

4. KLJUČNI NENORMALNI LABORATORIJSKI IZVIDI: _____

5. OPRAVLJENE DIAGNOSTIČNE PREISKAVE PRED NAPOTITVIJO: _____

6. POTEK DOSEDANJEGA ZDRAVLJENJA: _____