

NAZIV ZDRAVNIKA _____

_____ Priimek _____ Ime _____

_____ Ulica, hišna številka _____ Poštna številka _____ Kraj _____

_____ Številka zdravnika _____

ZAVAROVANA OSEBA _____

_____ Priimek _____

_____ Ime _____

_____ Datum rojstva _____

_____ Ulica, hišna številka _____

_____ Poštna številka _____ Kraj _____

_____ Telefonska številka* _____

_____ elektronski naslov* _____

VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE _____

_____ šifra _____

_____ vrsta zdravstvene storitve _____

RAZLOG OBRAVNAVE _____

1. bolezen

2. poškodba izven dela

3. poklicna bolezen

4. poškodba pri delu

5. poškodba izven dela po tretji osebi

7. transplantacija

* obvezen je vsaj en kontaktni podatek

STOPNJA NUJNOSTI _____

1. nujno

2. hitro

3. redno

4. Zelo hitro

RDP _____

_____ šifra _____ opis _____

MKB _____

_____ šifra _____ opis _____

VRSTA SPECIALNOSTI NAPOTNEGA ZDRAVNIKA _____

KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____ podpis zdravnika _____

OBRNI

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
