

**Priročnik št. 3**

**Navodilo o beleženju in obračunavanju**

**zdravstvenih storitev in izdanih materialov**

**Priloga 2: Vzorci dokumentov**

**Verzija 13**

Spremembe glede na verzijo 12:

* Črtanje Vzorca računa za helikopterske prevoze – obvezno zavarovanje (Okrožnica ZAE 16/21).
* Nadomestitev kratice »BPI« z »RIZDDZ«;

Ljubljana, 11. maj 2022

# Vzorec naročila izvajalcu

**Naročilo izvajalcu za izpis dokumenta in/ali za posredovanje listine OZZ ali MedZZ**

1. Šifra, naziv in naslov pogodbenega izvajalca (5-mestna šifra RIZDDZ):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Izpise pošljite naročniku dokumentacije na naslov:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Izpis podatkov za naslednjo zavarovano osebo (navedi ime in priimek ter ZZZS številko ali rojstni datum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(obkroži in dopolni)

1. Izpis iz vseh dokumentov iz obdobja opravljenih storitev od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_

z razlogom obravnave RO 1 2 3 4 5 (obkroži ustrezno številko RO)

1. Izpis iz dokumenta številka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Originalna listina obveznega zdravstvenega zavarovanja:

(obkroži)

* napotnica
* delovni nalog
* nalog za prevoz
* predlog zobnoprotetične rehabilitacije
* receptni obrazec
* naročilnica za medicinski pripomoček
* naročilnica za pripomoček za vid
* mesečna zbirna naročilnica
* izjava o izdaji nadstandardnega pripomočka

5. Drugi obračunski dokumenti:

(obkroži)

* reverz
* potrjen predračun

6. Fotokopija listine MedZZ:

(obkroži)

* EUKZZ
* Certifikat
* Kartica Medicare

Kraj in datum: Žig: Za Zavod:

# Vzorec izpisa za regresne zahtevke

**Potrdilo o višini stroškov za zavarovano osebo**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

ZZZS številka izvajalca:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1507 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev:DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Plačano z akontacijo: DD. MM. LL

Poslati na naslov:

ZZZS OE

Ulica

Poštna številka in kraj

ZZZS št. Priimek in ime Naslov Dat.roj.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Podvrsta zdr.dej.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Razlog obravnave Datum poškodbe/priz.pok.bol. Reg.št.za RO 3,4

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Šifra stor. Opis stor. Datum/obdobje stor. Obrač.vrednost stor. (OZZ vr.) St. DDV

**98700000 TEST TJAŠA TESTNA ULICA 2, 1000 LJUBLJANA 12.12.1972**

**338 016 Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti – NMP-A**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

K0001 kratek obisk 01.01.2012 4,46

K0195 lažja oskrba na terenu 01.01.2012 10,00

**138 301 Urgentna medicina v bolnišnični dejavnosti – Akutna bolnišnična obravnava-SPP**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

E0002 oskrbni dan 01.01.2012 – 12.01.2012 1.000,00

**302 004 Splošna in družinska medicina – Antikoagulantna ambulanta**

2-poškodba izven dela

K0001 kratek obisk 15.01.2012 4,46

K0020 mali poseg 16.01.2012 2,55

**743 601 Lekarniška dejavnost – Pozitivna lista**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.24, datum izdaje zdravila vrednost OZZ

Delovne šifre zdravil iz CBZ

**702 Medicinski pripomočki**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.32,15.40 datum izdaje/izposoje vrednost OZZ

SKUPAJ ZA ZAVAROVANO OSEBO (€) 1.021,47

SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€) 7.200,51

DDV 20,0% osnova DDV 20,0%

DDV 8,5% osnova DDV 8,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Kraj in datum: Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec izpisa za tuje zavarovane osebe

**Izpis za tuje zavarovane osebe**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

ZZZS številka izvajalca:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1507 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev:DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Poslati na naslov:

ZZZS OE

Ulica

Poštna številka in kraj

ZZZS ali ZZZS-TZO št. Priimek in ime Naslov Dat.roj. Država nosilca zavarovanja

(šifra in naziv)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Podvrsta zdr.dej.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Razlog obravnave Datum poškodbe/priz.pok.bol. Reg.št.za RO 3,4

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Šifra stor. Opis stor. Datum/obdobje stor. Obrač.vrednost stor. (OZZ vr.) St. DDV

**98700000 TEST TJAŠA TESTNA ULICA 2, 1000 LJUBLJANA 12.12.1972 040 Avstrija**

**338 016 Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti – NMP-A**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

K0001 kratek obisk 01.01.2012 4,46

K0195 lažja oskrba na terenu 01.01.2012 10,00

**138 301 Urgentna medicina v bolnišnični dejavnosti – Akutna bolnišnična obravnava-SPP**

4-poškodba pri delu 01.01.2012 1234567890

E0002 oskrbni dan 01.01.2012 – 12.01.2012 1.000,00

**302 004 Splošna in družinska medicina – Antikoagulantna ambulanta**

1-bolezen

K0001 kratek obisk 15.01.2012 4,46

K0020 mali poseg 16.01.2012 2,55

**743 601 Lekarniška dejavnost – Pozitivna lista**

1-bolezen 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.24, datum izdaje zdravila vrednost OZZ

Delovne šifre zdravil iz CBZ

**702 Medicinski pripomočki**

1-bolezen 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.32,15.40 datum izdaje/izposoje vrednost OZZ

SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€) 21,47

DDV 20,0% osnova DDV 20,0%

DDV 8,5% osnova DDV 8,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Kraj in datum: Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec papirnega seznama poslanih listin MedZZ

**Papirni seznam poslanih listin MedZZ**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Miklošičeva cesta 24 Kraj izdaje:

1507 Ljubljana Datum dokumenta: DD. MM. LL

Datum opravljene storitve od: DD. MM. LL

Poslati na naslov: Datum opravljene storitve do: DD. MM. LL

ZZZS OE Šifra izvajalca:

Ulica

Poštna številka in kraj

***številka številka število vrsta listine MedZZ***

***dokumenta povezanega listin (šifrant 28)***

***dokumenta 2***

xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx x.xxx xx

x.xxx xx

x.xxx xx

xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx x.xxx xx

x.xxx xx

xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx x.xxx xx

xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx x.xxx xx

xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx x.xxx xx

**Skupaj xx.xxx**

Kraj in datum: Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opombe:

1 Listine se razvrstijo po številki dokumenta ter po datumu obiska oz. reševalnega prevoza.

2 Podatek se izpolnjuje v primeru zavrnitvenih napak dokumenta za obračun in ponovnega pošiljanja pravilnih podatkov na dokumentu za obračun, ko izvajalec pošlje nov seznam poslanih listin. V primeru, da izvajalec pošlje več vez za eno številko dokumenta, se številka dokumenta ponovno izpiše pri vsaki navedbi veze.

# Vzorec računa za zdravstveno letovanje otrok in šolarjev - obvezno zavarovanje

**Račun za zdravstveno letovanje otrok in šolarjev – obvezno zavarovanje**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1507 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Identifikacijska številka: SI41698070 Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Sklic na številko: xx xxxxxx – xxxxxx-xxxxxx

Številka povezanega dokumenta:

Datum izdaje povezanega dokumenta: DD. MM. LL

Oznaka o zavezanosti plačila DDV:

***S T O R I T E V št.oseb cena celotna vred. obračunana vred. % dopl. st.DDV***

***šifra in opis št.dni za dan storitev storitev***

**701 DRUGE OBVEZNOSTI ZZZS (šifrant 2)**

(podvrsta zdravstvene dejavnosti - šifrant 2)

550 letovanje otrok xxxx

E0418 oskrbni dan xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

**SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€)** xxx.xxx,xx

DDV 22,0% osnova DDV 22,0%

DDV 9,5% osnova DDV 9,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec računa za skupinsko obnovitveno rehabilitacijo - obvezno zavarovanje

**Račun za skupinsko obnovitveno rehabilitacijo – obvezno zavarovanje**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1507 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Identifikacijska številka: SI41698070 Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Sklic na številko: xx xxxxxx – xxxxxx-xxxxxx

Številka povezanega dokumenta:

Datum izdaje povezanega dokumenta: DD. MM. LL

Oznaka o zavezanosti plačila DDV:

***S T O R I T E V št.oseb cena celotna vred. obračunana vred. % dopl. st.DDV***

***šifra in opis št.dni za dan storitev storitev***

**701 DRUGE OBVEZNOSTI ZZZS (šifrant 2)**

(podvrsta zdravstvene dejavnosti -šifrant 2)

556 obnovitvena rehabilitacija

- otroci s pres. motn. xxxx

**DIABETES** – otroci xxxx

E0418 oskrbni dan xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

* terapevti xxxx

E0527 oskrbni dan

terapevta xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

**JUVENILNI**

**ARTRITIS** – otroci xxxx

E0418 oskrbni dan xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

* spremljevalci xxxx

E0526 oskrbni dan

spremljevalca xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

**FENILKETON.**-otroci xxxx

E0418 oskrbni dan xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

* spremljevalci xxxx

E0526 oskrbni dan

spremljevalca xxxx xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

**SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€)** xxx.xxx,xx

DDV 22,0% osnova DDV 22,0%

DDV 9,5% osnova DDV 9,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec računa za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju - obvezno zavarovanje

**Račun za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju –   
obvezno zavarovanje**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1507 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Identifikacijska številka: SI41698070 Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Sklic na številko: xx xxxxxx – xxxxxx-xxxxxx

Številka povezanega dokumenta:

Datum izdaje povezanega dokumenta: DD. MM. LL

Oznaka o zavezanosti plačila DDV:

***S T O R I T E V celotna vred. obračunana vred. % dopl. st.DDV***

***šifra in opis storitev storitev***

**644 ZDRAVSTVENA NEGA V DEJAVNOSTI NASTANITVENIH USTANOV (Šifrant 2)**

(podvrsta zdravstvene dejavnosti - šifrant 2)

409 medicinska oskrba v SVZ

E 0010 pavšal xxx.xxx.xxx,xx xxx.xxx.xxx,xx 0,00

**SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€)** xxx.xxx.xxx,xx

DDV 20,0% osnova DDV 20,0%

DDV 8,5% osnova DDV 8,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec individualnega računa za neredne plačnike

“Pravice iz OZZ zadržane po 78.a členu ZZVZZ”.

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Originalna številka dokumenta:

Datum dokumenta: DD. MM. LL

Kraj izdaje dokumenta:

Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev:DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx

ZZZS št. Priimek in ime Naslov Datum rojstva

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Podvrsta zdr.dej.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Razlog obravnave Datum poškodbe/priz.pok.bol. Reg.št.za RO 3,4

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Šifra stor. Opis stor. Datum/obdobje stor. Obrač.vrednost stor. (OZZ vr.) St. DDV

**98700000 TEST TJAŠA TESTNA ULICA 2, 1000 LJUBLJANA 12.12.1972**

**743 601 Lekarniška dejavnost – Pozitivna lista**

1-bolezen 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.24 datum izdaje zdravila vrednost OZZ

Delovne šifre zdravil iz CBZ

**702 Medicinski pripomočki**

1-bolezen 01.01.2012 1234567890

Šifrant 15.32,15.40 datum izdaje/izposoje vrednost OZZ

SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€)

DDV 20,0% osnova DDV 20,0%

DDV 8,5% osnova DDV 8,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Kraj in datum: Žig in podpis pooblaščene osebe:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec papirnega seznama poslanih naročilnic za MP

**Papirni seznam poslanih naročilnic za MP,**

**ki jih je v on-line sistem zapisal dobavitelj,**

**za VD \_\_\_**

NAZIV DOBAVITELJA

Ulica

Poštna številka in kraj

Datum priprave seznama

Poslati na naslov pristojne OE:

ZZZS OE

Ulica

Poštna številka in kraj

**številka številka število**

**dokumenta paketa naročilnic**

xxxxxxxxxx xx xxx

xx xxx

xx xxx

xxxxxxxxxx xx xxx

xx xxx

xxxxxxxxxx xx xxx

xxxxxxxxxx xx xxx

xxxxxxxxxx xx xxx

**Skupaj xx.xxx**

Kraj in datum: Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opombe:

* Naročilnice se pošljejo le za tiste MP-je, ki jih je v on-line sistem zapisal dobavitelj.
* Dobavitelj pošlje ločen papirni seznam za OZZ (VD 1 in VD 3) in za MedZZ (VD 4 in VD 6).
* Naročilnice se razvrstijo po številki dokumenta in v okviru dokumenta po abecednem zaporedju glede na priimke zavarovanih oseb.
* V kolikor je v dokumentu več kot 50 naročilnic, dobavitelj posamezen sklop naročilnic označi s številko paketa, ki jo zapiše v papirni seznam. En dokument lahko vsebuje več paketov.

# Vzorec obvestila o bolnišničnem zdravljenju

**Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju**

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

ZZZS OE Zavarovalna podlaga:

Ulica Datum:

Poštna številka in kraj Kraj:

Zavarovanec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

družinski član \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

država \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov stalnega bivališča\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obveščamo vas, da je bil imenovani pacient sprejet:

v bolnišnično oskrbo dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

z diagnozo (izpisano z besedo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zdravljenje bo predvidoma trajalo do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zdravljenje zaključeno dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zdravnika

Opomba: naslov stalnega prebivališča se izpolni le v primeru, ko se uporabi institut naknadne izdaje dokazila o zavarovanju

# Vzorec potrdila o upravičenosti do servisa MP

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izdaja

**Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka**

Zavarovana oseba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime in priimek),

ZZZS št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, On-line številka naročilnice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(dodeli Aplikacija MP ob vnosu odobritve na ZZZS in dobavitelju omogoča zapis v On-line, in nadaljnji obračun),

je upravičena do servisa medicinskega pripomočka s šifro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nazivom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki ga je prejela dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Razlog obravnave (kot ob predpisu, številka in opis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Način doplačila (kot ob predpisu, številka in opis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Odobreno je:

Popravilo v znesku\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€.

Vzdrževanje v znesku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€.

Potrdilo in predračun predložite dobavitelju najkasneje 30. dan o prejema tega potrdila s strani ZZZS, sicer ne velja več.

Predračun dobavitelja je priloga temu Potrdilu.

Številka:

Datum:

Kraj:

Žig

Podpis ZZZS

**Zavarovana oseba in dobavitelj potrdita, da je servis opravljen v skladu s predračunom!**

Zavarovana oseba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime in priimek),

ZZZS št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, potrjujem, da je popravilo in vzdrževanje opravljeno pri dobavitelju\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(naziv dobavitelja in poslovne enote)

v skladu s predračunom številka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, z dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Datum:

Kraj:

\*Podpis zavarovane osebe:

Podpis pooblaščenega delavca dobavitelja:

\*V kolikor MP prevzame pooblaščenec ali zastopnik je treba navesti njegovo ime, priimek naslov in rojstne podatke ter razmerje do zavarovane osebe.

# Vzorec zahtevka za specializante – obvezno zavarovanje (samo za nepogodbene izvajalce)

NAZIV IZVAJALCA

Ulica

Poštna številka in kraj

Transakcijski račun

Identifikacijska številka oz. davčna številka

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Originalna številka dokumenta:

Miklošičeva cesta 24 Datum dokumenta: DD. MM. LL

1000 Ljubljana Kraj izdaje dokumenta:

Identifikacijska številka: SI41698070 Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Začetek obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Konec obdobja opravljenih storitev: DD. MM. LL

Sklic na številko: xx xxxxxx – xxxxxx-xxxxxx

Številka povezanega dokumenta:

Datum izdaje povezanega dokumenta: DD. MM. LL

Oznaka o zavezanosti plačila DDV:

*Šifra in opis Datum Količina Cena Celotna vred. Obračunana vred. % dopl. st.DDV*

*storitve opravljene storitve storitve*

*storitve*

701 DRUGE OBVEZNOSTI ZZZS (šifrant 2)

(podvrsta zdravstvene dejavnosti - šifrant 2)

810 specializanti

E0010 DD. MM. LL 1 xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx 0,00

SKUPNA VREDNOST DOKUMENTA (€) xxx.xxx,xx

DDV 22,0% osnova DDV 22,0%

DDV 9,5% osnova DDV 9,5%

Določba o oprostitvi DDV oz. nezavezanosti pravne osebe za DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Žig in podpis odgovorne osebe izvajalca:

Opomba:

Podatke o DDV (stopnja DDV, znesek osnove za DDV, znesek DDV) izpolni izvajalec, ki je zavezanec za DDV.

# Vzorec Vloge za ponovno izdajo ušesnega vložka

**Vloga za ponovno izdajo ušesnega vložka**

**v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja**

**I. Podatki o zavarovani osebi, ki uveljavlja pravico do ponovne izdaje ušesnega vložka**

Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rojstni datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dan, mesec in leto) (zzzs št. zavarovane osebe)

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(kraj, ulica in hišna številka)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(poštna številka in pošta)

Elektronski naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefonska št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Podatki o vložniku (-ici)[[1]](#footnote-1)**

(navede se oseba, ki podaja vlogo namesto zavarovane osebe, npr.: starš, zakonec, druga pooblaščena oseba)

Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(razmerje do osebe starši, otroci, partnerji, pooblaščenci)

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(kraj, ulica in hišna številka)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(poštna številka in pošta)

Elektronski naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefonska št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pooblastilo priloženo (ustrezno obkrožiti)[[2]](#footnote-2): DA NE

**III. Obrazložitev vlog s strani zavarovane osebe**

Potreba po novem ušesnem vložku je ugotovljena (obkrožiti) ob:

* kontrolnem pregledu slušnega aparata,
* prilagoditvi oz. nastavitvi slušnega aparata,
* čiščenju slušnega aparata, 6-krat v času življenjske dobe,
* težave z ušesnim vložkom,
* drugo

**III. Vzroki za ponovno izdajo ušesnega vložka (izpolni dobavitelj)**

Utemeljitev dobavitelja za ponovno izdajo ušesnega vložka (levo in desno ločeno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv vrste ušesnega vložka (obkrožiti stran in šifro)

* 1655 Ušesni vložek -levo
* 1656 Ušesni vložek -desno

Naziv dobavitelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki jo je dodelil sistem On-line.

Pooblaščena oseba dobavitelja (ime, priimek, podpis):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vložnika (-ice) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Izpolniti le v primeru, če vložnik (-ica) ni zavarovana oseba, ki je uveljavljala povračilo stroškov MP [↑](#footnote-ref-1)
2. Izpolniti, če zahtevo vlaga pooblaščena oseba [↑](#footnote-ref-2)