

PREDLOG ZA DODELITEV RECEPTOV ZA OSEBNO RABO

Podatki o zdravniku, ki vlaga predlog, da se mu dodelijo recepti OR

Ime in priimek _____

Naslov prebivališča¹ _____
(ulica in hišna številka, poštna številka in kraj)

Kontaktne podatki² Tel. št. _____ Elektronski naslov _____

Izpolnjevanje pogojev zdravnika za dodelitev receptov OR

1. Sem zavarovana oseba (navedite številko) **ZZZS številka:** _____

2. Sem evidentiran v RIZDDZ (navedite številko) **Številka zdravnika:** _____

3. Sem zdravnik (obkrožite črko) **A.** zdravnik z veljavno licenco zbornice
B. specializant
C. sekundarij

4. Imam enega od naslednjih statusov (obkrožite status, na podlagi katerega dajete predlog):

I. status: opravljam zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe

II. status: imam sklenjeno pogodbo o zaposlitvi z institucijo (navedite institucijo)

(ZZZS, ZPIZ, MZ, MORS, Medicinska fakulteta, NIJZ, NLZOH, ZTM, Slovenija transplant, JAZMP, zbornica)

III. status: sem upokojenec s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in sem v letu pred dnevom zavarovanja na podlagi statusa upokojenca, imel (obkrožite status, ki ste ga imeli kadar koli v letu pred dnevom zavarovanja na podlagi statusa upokojenca):

I. status: opravljal sem zdravstvene storitve v okviru mreže javne zdravstvene službe

II. status: sklenjeno sem imel pogodbo o zaposlitvi z institucijo³ (navedite institucijo)

(ZZZS, ZPIZ, MZ, MORS, Medicinska fakulteta, NIJZ, NLZOH, ZTM, Slovenija transplant, JAZMP, zbornica)

¹ Naslov stalnega ali začasnega prebivališča, na katerega se pošljejo recepti OR in vsa druga pisanja v skladu s pravilnikom.

² Kontaktne podatki niso obvezni.

Priloge predloga – dokazila³ (navedite dokazila, ki jih prilagate k predlogu)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Želim dvojezično listino Rp OR (obkrožite številko, katero različico želite):

1. slovensko-italijansko jezikovno različico (Obr. Rp OR/IT)
2. slovensko-madžarsko jezikovno različico (Obr. Rp OR/MA)

Stalno ali začasno prebivališče imam prijavljeno na naslovu:

_____ (ulica in hišna številka, poštna številka in kraj)

Izjava zdravnika

S podpisom tega predloga potrjujem, da so v predlogu navedeni resnični podatki in k njemu priložena resnična dokazila.

S podpisom tega predloga potrjujem, da sem seznanjen z ureditvijo receptov OR, med drugim:

- da je recept OR neobnovljivi recept, na katerega sme zdravnik predpisati zdravilo, ne sme pa nanj predpisati živila za posebne zdravstvene namene,
- da lahko zdravnik predpiše zdravilo na recept OR samo sebi ali svojemu družinskemu članu iz 20. člena zakona, ki je obvezno zavarovan na podlagi 15. ali 20. člena zakona,
- da lahko zdravnik predpiše zdravilo na recept OR le, če zdravila ni pooblaščen predpisati na recept na podlagi prvega odstavka 202. člena pravil,
- da mora zdravnik predpisati zdravilo na recept OR v skladu s predpisi in splošnimi akti zavoda (npr. samo zdravilo s svojega delovnega področja, ob upoštevanju morebiti določenih omejitev predpisovanja zdravila, ki jih določi zavod),
- da mora zdravnik listino Recept za osebno rabo (Obr. Rp OR, Obr. Rp OR/IT in Obr. Rp OR/MA) izpolniti v skladu s predpisi in splošnimi akti zavoda, vključno z navodilom zavoda, ki ureja izpolnjevanje listine recept OR.

Kraj in datum _____

Podpis zdravnika _____

_____ ³ Obvezno priložite dokazila, če so potrebna v skladu s 7. členom pravilnika.