

# BELA NAPOTNICA

1111111111

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\*

\*kontaktna podatka o telefonski številki in elektronskem naslovu ni sta

STOPNJA NUJNOSTI

1. nujno
2. hitro
3. redno

RDP

šifra

opis

MIKB

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. KRAJKA 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 NAPOTITVUO:

6. POTEK DOSEDANJEGA ZDRAVLJENJA:

# BELA NAPOTNICA

1111111111

NAZIV ZDRAVNIKA \_\_\_\_\_  
Priimek \_\_\_\_\_  
Ime \_\_\_\_\_  
Ulica, hišna številka \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_  
Poštna številka \_\_\_\_\_  
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

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 NAPOTTVILJO: \_\_\_\_\_

6. POTEK DOSEDANJEGA ZDRAVLJENJA: \_\_\_\_\_