

 Splošna bolnišnica Trbovlje	OBRAZEC	Oznaka:	OBR OPKRG2
	IZJAVA O STRINJANJU ZA DOPLAČILO ORTOZE	Stran:	INOPURS26
		Velja od:	1/2
		Izdaja:	11.6.2013
			1

I Z J A V A

Spodaj podpisani _____, rojen: _____, stanujoč: _____,

izjavljam, da sem seznanjen z doplačilom za medicinski pripomoček (ortozo za ramo) in da teh stroškov ne morem uveljavljati iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Soglašam z doplačilom. Doplačilo predstavlja razliko v ceni med standardnim materialom, ki je pokrito iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja in med ceno medicinskega pripomočka.

Doplačilo za ortozo rame znaša **20,00 EUR**.

Za doplačilo je izdan račun, ki ga je potrebno poravnati ob prevzemu ortoze.

Datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

Pripis: na strani dve so podpisi in jih prejme skrbnik sistema za kakovost.

Dokumenti se računalniško vodijo. Natisnjeni dokumenti predstavljajo kopijo. Originalni dokumenti so shranjeni pri skrbniku sistema za kakovost.

 Splošna bolnišnica Trbovlje	OBRAZEC	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	OBR OPKRG2 INOPURS26 2/2 11.6.2013 1
	IZJAVA O STRINJANJU ZA DOPLAČILO ORTOZE		

	Ime in priimek:	Datum:	Podpis:
Avtor :	MARINA BAROVIČ		
Skrbnik:	MARINA BAROVIČ		
Pregledal:	MARINA BAROVIČ		
Odobril:	Odbor za kakovost		
Skrbnik sistema za kakovost:	DAVID SLAPŠAK		

SEZNAM OSEB, KI ZAGOTOVIJO, DA SO Z OBRAZCEM SEZNANJENI

Zap.št.	Ime in priimek:	Datum:	Podpis:
1.	MARKO RIFEL		
2.	OLGA DOBERŠEK		
3.	ANA LAVRAČ TRAMPUŠ		