

	OBRAZEC	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	OBR OPKRG2 INOPURS26 1/3 11.6.2013 1
	IZJAVA O PREVZEMU MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA – BERGLE S POTRDILOM O VPLAČILU VARŠČINE IN VRAČILU BERGEL		

NALEPKA PACIENTA
Oddelek
Ime in priimek
Datum in kraj rojstva
Identifikacijska številka (št.ZZZS)

SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE



Rudarska cesta 9, 1420 Trbovlje, telefon 035652500
 Fax 035626122, E-mail: sbt.Trbovlje@SB-Trbovlje.si

SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE IZJAVA O PREVZEMU MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA - BERGLE

Spoštovani pacient!

Vaš zdravnik je ocenil, da za vaše okrevanje potrebujete medicinski pripomoček. V naši bolnišnici vam lahko ta pripomoček ponudimo v izposajo. V primeru, da želite izposajo medicinskega pripomočka opraviti pri nas, vas prosimo, da izjavo skrbno preberete, izpolnite in podpišete.

1. PREDVIDEN ČAS IZPOSJOJE (datum naslednje kontrole pri zdravniku, ...)

Datum naslednje kontrole :
Ambulanta/oddelek:

2. VARŠČINA

Pacient, ki si v bolnišnici izposodi medicinski pripomoček, mora za čas izposoje plačati varščino. Ob plačilu varščine pacient prejme potrdilo o višini plačane varščine.

Varščina v višini 30,00 oz. 12,00 EUR se pacientu vrne takrat, ko pacient bolnišnici vrne medicinski pripomoček v stanju, kot je bil pred izposajo. Varščina, zmanjšana za 2,00 EUR (nadomestilo za obrabo natikov za bergle), se pacientu vrne na osebni bančni račun (TRR), ki ga pacient napiše na to izjavo.

številka TRR:
odprt pri banki:

Vračilo varščine se izvede izključno na naveden TRR račun, vračilo varščine v gotovini ni mogoče.

3. POŠKODBE MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA

Ob prevzemu (izposoji) medicinskega pripomočka se pacient obveže, da bo z izposojenim pripomočkom ravnali skrbno. Škodo zaradi poškodb, ki niso posledica običajne rabe, bo pacient poravnal izposojevalcu tako, da se mu plačana varščina, ne vrne.

4. IZPOSJOJA

S podpisom tega obrazca pacient potrdi, da je seznanjen s pogoji izposoje, se s pogoji izposoje strinja in prevzema odgovornost za nastanek poškodb na izposojenem medicinskem pripomočku.

Datum izposoje	
Številka izposojenega medicinskega pripomočka	
Ime in priimek zdrav.delavca	Podpis zdrav.delavca
Ime in priimek pacienta	Podpis pacienta

5. VRAČILO MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA

Opis prevzetega medicinskega pripomočka	
Datum vračila	Podpis zdrav.delavca

V primeru, da bo pacient vrnil izposojen medicinski pripomoček v stanju, kot ga je prejel, bo varščina vrnjena na njegov TRR (naveden na tem obrazcu) v roku 8 dni.

	OBRAZEC	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	OBR OPKRG2 INOPURS26 2/3 11.6.2013 1
	IZJAVA O PREVZEMU MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA – BERGLE S POTRDILOM O VPLAČILU VARŠČINE IN VRAČILU BERGEL		

Datum:

P O T R D I L O

o vplačilu varščine za izposoję bergel v višini:

- a) pod pazdušna bergla 32,00 EUR (2 KOM)
- b) dokomolčna bergla 14,00 EUR (2 KOM)

Podpis zdrav.delavca

žig

Podpis pacienta:

Datum:

P O T R D I L O

o vračilu bergel

Pacient : _____

(izpolnjeno izjavo ob vračilu bergel je potrebno posredovati na blagajno uprave SBT)

Podpis zdrav.delavca

žig

Podpis pacienta:

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

	OBRAZEC	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	OBR OPKRG2 INOPURS26 3/3 11.6.2013 1
	IZJAVA O PREVZEMU MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA – BERGLE S POTRDILOM O VPLAČILU VARŠČINE IN VRAČILU BERGEL		

	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		