

**IZJAVA O POTREBI PO SPREMSTVU OSEB NA POTI DO IZVAJALCA ZDRAVSTVENIH STORITEV
(izpolni lečeči zdravnik)**

Lečeči zdravnik zavarovane osebe _____ (Ime, Priimek,
datum rojstva pacienta) izjavljam, da oseba potrebuje spremstvo k izvajalcu zdravstvene
storitve _____ (Izvajalec), dne: _____.

Datum:

Žig in podpis zdravnika:

**IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE O ČASU ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI OPRAVLJENE
ZDRAVSTVENE STORITVE (izpolni spremljevalec)**

Zavarovana oseba _____ (Ime, Priimek, datum rojstva)
izjavljam, da sem bil zaradi spremstva _____ (Ime in priimek
pacienta) dne: _____, od dela odsoten v času od _____ do _____ ure.

Izjavljam, da storitev ni bila opravljena samoplačniško.

Datum:

Podpis spremljevalca: