

 Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča - Cerklja	OBRAZEC IZJAVA UPRAVIČENCA ZA UVELJAVLJANJE ZAČASNE ZADRŽANOSTI Z DELA ZARADI SPREMSTVA DRUŽINSKEGA ČLANA	Številka obrazca
		OB OPMED02 05 01
		18.07.2025

PROCES DELA V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE
IN SPECIALISTIČNIH AMBULANTAH

_____, rojen/a _____
(ime in priimek upravičenca do spremstva) (datum rojstva)

stanujoč/a _____,
(naslov prebivališča)

za namen ugotavljanja upravičenosti izdaje listine »Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela«, ki je podlaga za izplačilo nadomestila zaradi začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva družinskega člana:

_____, rojenega _____,
(ime in priimek) (datum rojstva)

i z j a v l j a m,
da sem seznanjen/a s sledečimi pravili:

1. Pravica do spremstva otroka je različno urejena glede na njegovo starost, torej ali je otrok že oz. še ni dopolnil 15 let. Pravico do spremstva ima otrok do 15. leta starosti (ter težje ali težko duševno in telesno prizadet otrok in mladostnik do 18. leta starosti) in sicer na vsakem potovanju k izvajalcu (62. člen Pravil OZZ) zaradi uveljavljanja katerekoli zdravstvene storitve, neodvisno od tega ali potuje k izvajalcu izven kraja prebivališča ali znotraj kraja prebivališča in neodvisno od njegovega zdravstvenega stanja.
2. Zavarovanec ima pravico do spremstva, če zdravnik ugotovi, da ga potrebuje, ker zaradi svojega zdravstvenega stanja ni sposoben sam potovati, potovati pa mora izven kraja prebivališča, ker v kraju bivanja ni ustreznega izvajalca (61. člen Pravil OZZ).
3. Nadomestilo za spremstvo se izdaja na podlagi potrdila zdravstvene ustanove, kjer je bil pacient pregledan. Izvid lahko nadomesti potrdilo le, če na njem piše, da prihaja v spremstvu osebe, ki uveljavlja pravico do nadomestila.
4. Nadomestilo se lahko izdaja po urah.
5. Izjavo upravičenca za uveljavljanje začasne zadržanosti je potrebno potrditi pri izbranem osebnem zdravniku družinskega člana, ki spremstvo potrebuje.
6. V kolikor zdravnik odloči, da spremstvo ni upravičeno za ta dan ne pripada bolniški stalež-spremstvo.

(podpis upravičenca)

Izpolni osebni zdravnik osebe, ki potrebuje spremstvo (upravičenca do spremstva):

Upravičencu, ki uveljavlja začasno zadržanost od dela zaradi spremstva družinskega člana, je do nadomestila: (obkroži)

UPRAVIČEN

NEUPRAVIČEN

DATUM: _____

(Podpis in žig osebnega zdravnika)