



Obrazec je namenjen seznaitvi zavarovane osebe z upravičenostjo do bolniškega staleža zaradi spremstva (eBOL – razlog 09).

Ime in priimek zavarovane osebe: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**KDAJ MI PRIPADA STALEŽ ZARADI SPREMSTVA:**

- če spremstvo **zahteva zdravstveno stanje** osebe, ki jo spremljam, kar je potrdil izbrani osebni zdravnik osebe
- če je spremstvo **vnapij odobril izbrani osebni zdravnik**;
- če gre za **zdravstveno storitev, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje**.
- Zavarovana oseba, ki sem jo spremljal/-a je zdravstveno storitev opravila **izven** kraja bivanja
- Pravica do spremstva namenjena le za čas zdravstvenega pregleda oziroma obravnave ter za običajen čas poti do in iz zdravstvene ustanove. Spremstvo ne pripada avtomatično za cel dan.

**KDAJ MI STALEŽ NE PRIPADA:**

- če gre za **samoplačniško storitev** (npr. zasebni pregled brez napotnice);
- če **spremstvo ni bilo dogovorjeno in odobreno vnapij**;
- če oseba, ki jo spremljam, **ne potrebuje pomoči zaradi zdravstvenega stanja**;
- če je storitev opravljena **v kraju bivanja**.

S podpisom potrjujem, da sem bil/a seznanjen/a s pogoji in obsegom pravice do začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva in razumem, da mi stalež pripada le v navedenih primerih. Izjavljam, da so podatki resnični.

Podpis zavarovane osebe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_