

Žiadosť o schválenie zdravotníckych pomôcok pri finančne náročných výkonoch

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Tel. kontakt*: fax: e-mail:

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa*:

Tel. kontakt*: fax / e-mail:

Diagnóza slovom: MKCH 10:

Názov ZP: Kód ZP:

Jednotkové balenie: Jednotková cena:

Počet balení: Celková cena v EUR:

Odôvodnenie požiadavky:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hospitalizácia a realizácia operácie plánovaná na:

Iné dôležité údaje:

.....

Dátum:

.....
podpis a pečiatka prednostu oddelenia

.....
podpis a pečiatka riaditeľa zdravotníckeho zariadenia

Poučenie:

Rozhodnutie zdravotnej poisťovne bude zaslané navrhujúcemu zdravotníckemu zariadeniu.

* Kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu