

**Žiadosť o potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú starostlivosť pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti**

**Údaje o poskytovateľovi ZS**

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Kód PZS:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Tel. kontakt :

fax

e-mail:

**Údaje o poistencovi, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť**

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Diagnóza slovom:

MKCH 10:

Privezený\*:

Odosielajúci lekár\*\*:

kód PZS

Dátum a hod. odoslania

**Klinický nález a vyjadrenie, prečo prijímajúci lekár hodnotí stav ako neodkladnú starostlivosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj s dostupnými výsledkami laboratórnych vyšetrení:**

**Postup liečenia a zdôvodnenie v prípade navrhutej hospitalizácie:**

**Dátum a hodina poskytnutia zdravotnej starostlivosti:**

**Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.**

Na základe poskytnutých údajov žiadateľa a) potvrdzujem b) nepotvrdzujem  
neodkladnosť zdravotnej starostlivosti.(týmto nie je dotknuté právo zdravotnej poisťovne na vykonanie kontroly a prípadnú náhradu škody, ktorá jej môže vzniknúť).

Zdôvodnenie

Dátum a hodina:

pečiatka a podpis osoby oprávnenej vydať potvrdenie

\* RLP, RZP,DZS, Inak vypísať

\*\* lekár LSPP, ošetrojúci lekár, bez odporúčania