

Žiadosť
o úhradu výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti a osobitne hradeného výkonu
podliehajúceho predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne

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 výkonu:, **Kód:**

Predchádzajúca a súčasná liečba danej diagnózy:

.....

.....

Zdôvodnenie žiadosti:

.....

.....

Iné dôležité údaje:

.....

Doložiť lekárske správy

Dátum.....

podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach!

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

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

úhrada navrhovaného výkonu bola **schválená / neschválená*****

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

Evidenčné číslo výnimky:

Zdôvodnenie:.....
.....
.....
.....
.....
.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

.....
podpis riaditeľa
Úseku revíznych a zdravotných činností

*** Nehodí sa prečiarknuť