

Žiadosť o úhradu mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej hospitalizovanému poistencovi

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

IČO PZS: Oddelenie Kód oddelenia

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára: Kód lekára

Tel. kontakt: fax E-mail

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Diagnóza slovom Dg. MKCH10

Hospitalizácia na oddelení od do

Indikovaná MFNZS - výkon:

Indikovaná MFNZS - liek: *

Kód lieku : Názov s doplnkom: Cena za balenie: Počet balení:

Kód lieku : Názov s doplnkom: Cena za balenie: Počet balení:

Indikovaná MFNZS - zdravotnícke pomôcky:*

Kód zdravotníckej pomôcky: Názov: Cena za kus: Počet kusov:

Kód zdravotníckej pomôcky: Názov: Cena za kus: Počet kusov:

Cena spolu v EUR:

Dohodnutý paušál za hospitalizáciu:

podpis a odtlačok pečiatky
primára oddelenia

podpis a odtlačok pečiatky
riaditeľa zdravotníckeho zariadenia

Prílohy:

- a) Medicínske odôvodnenie poskytnutej mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti na samostatnom liste, ktorý je podpísaný a potvrdený odlačkou pečiatky indikujúceho lekára a primára lôžkového oddelenia u PZS
- b) *Zoznam, kalkulácia liekov a zdravotníckych pomôcok, ako príloha, ak ich vykázaný počet je väčší .
- c) Kópie nadobúdacích dokladov (faktúry), ktorými poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dokladuje prevýšenie individuálnych nákladov na hospitalizáciu poistenca