

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:

Medicínske zdôvodnenie - indikácia 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