

**číslo žiadosti:**

## Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti\*

*vypĺňa žiadateľ*

<b>Meno a priezvisko</b>	
<b>Rodné číslo</b>	
<b>Adresa pre doručenie stanoviska</b>	
	<b>PSČ</b>
<b>Telefón</b>	<b>E-mail</b>

*vypĺňa sa v prípade, ak žiadateľom je zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca, napr. opatrovník*

<b>Meno a priezvisko zákonného zástupcu</b>
---

### Poučenie

Žiadosť podáva poistenec prípadne zákonný zástupca poistenca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca (ktorá je povinná k žiadosti priložiť doklad preukazujúci toto oprávnenie, napr. rozhodnutie súdu).

<b>Príspevok chcem zaslať</b> <i>vyberte si jednu možnosť</i>
<input type="checkbox"/> <b>na účet</b> <b>IBAN</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>poštovou poukážkou</b> (na adresu) .....

### Vyhlásenie

Vyhlasujem, že som bol/a oboznámený/á s kritériami Union zdravotnej poisťovne, a.s. na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poistenca / zákonného zástupcu

\*poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (lekár, zdravotnícke zariadenie), s ktorým nemá Union zdravotná poisťovňa, a.s.(UZP) uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

## Prehľad predpokladaného rozsahu zdravotnej starostlivosti k príspevku

vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)

Názov zdravotníckeho zariadenia ..... U Doktora s.r.o

Adresa ..... XXXX

PSČ ..... IČO ..... 11111111

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára ..... MUDr. Jozef Krvinka

Kód ambulancie ..... P11111-111-111 ..... Kód lekára ..... A11111-111

Telefón ..... 0900 000 000 ..... E-mail ..... sxxx@sss.sk

Diagnóza slovom ..... Bolesť v torakálnej chrbtici ..... MKCH 10 ..... M54.6

## Predpokladaný rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti

Kód V,L,ZP,DP,JZS*	Názov V, L, ZP, DP, JZS, výkonu / účelu H	Počet výkonov, ks, balení **	Doba poskytovania zdravotnej starostlivosti od – do	Predpok. náklady, ktoré má uhradiť poistenec *** v eur	Výška príspevku UZP **** v eur
63	vyšetrenie	1	12. 3. 2020	10	
513	Individuálna telesná výchova	10	15. 4. - 15.5. 2020	50	

\* kód výkonu (V) u stomatologických výkonov aj s uvedením lokalizácie zuba, lieku (L), zdravotníckej pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS), hospitalizácia (H) **hradené z verejného zdravotného poistenia**

\*\* v prípade, že sa jedná o postupné / následné poskytovanie zdravotnej starostlivosti uviesť a zdôvodniť počet návštev, hospitalizácií prípadne obdobie, ktoré je nevyhnutné na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v osobitnej prílohe žiadosti

\*\*\* celková suma aj v prípade potreby postupného/následného poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorú má uhradiť poistenec nezmluvnému PZS

\*\*\*\* doplní zdravotná poisťovňa

Ak došlo k akejkoľvek opodstatnenej zmene už odsúhlaseného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je treba považovať túto skutočnosť za dôvod na podanie novej žiadosti a to v zmysle kritérií, teda ešte pred jej poskytnutím.

**V prípade, že potrebujete pomôcť s vyplnením žiadosti, zavolajte nám na 0850 003 333.**

**Vzor vyplnenej žiadosti nájdete na <http://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>**

V ..... dňa .....

podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára

**DÔLEŽITÉ! žiadosť bez podpisu a pečiatky nemôžeme posúdiť**