

**Žiadosť o predĺženie doby poskytovania zdravotnej starostlivosti
v denných stacionároch v zmysle zmluvných podmienok**

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**

Medicínske zdôvodnenie žiadosti*:**

Anamnéza:

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

Objektívne zhodnotenie zdravotného stavu a doterajšieho liečenia:

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

Žiadané predĺženie dĺžky pobytu v dňoch:

Dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

Doba predĺženia liečebného pobytu v počte dníschválená / neschválená****

Evidenčné číslo stanoviska:

Zdôvodnenie:

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

Vyúčtovanie schválenej a poskytnutej zdravotnej starostlivosti bude na samostatnej dávke, ktorej povinnou prílohou bude lekárska správa a kópia stanoviska Union zdravotnej poisťovne, a.s.

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

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

* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach!

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

*** Doložiť lekársku správu

**** Nehodiace sa prečiarknuť