

**Žiadosť o schválenie dietetickej potraviny, ktorej predpísanie
schvaľuje zdravotná poisťovňa***

v zmysle zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

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 DP: **Kód DP:**

Balenie:

Denná dávka/ frekvencia podávania

Počet originálnych balení na mesiac:

Predpokladaná doba liečby:

Navrhovaný počet originálnych balení : na obdobie:

Zdôvodnenie indikácie dietetickej potraviny (DP):***

.....

.....

.....

.....

Iné dôležité údaje:

.....

Dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

Poučenie:

* vyplniť v dvoch vyhotoveniach

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

*** doložiť kópie nálezov, výsledkov vyšetrení a pod.

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

predpísanie navrhovanej dietickej potraviny bolo **schválené / neschválené******

Kód DP: **Názov DP:**

Schválené množstvo :

na obdobie:

platí od:

Evidenčné číslo schválenia :

Zdôvodnenie:.....

.....

.....

.....

.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho farmaceuta

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

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

Poučenie pre predpisujúceho lekára :

Na druhú stranu receptu uviesť evidenčné číslo schválenia a dátum schválenia.

**** Nehodiace sa prečiarknuť