

Žiadosť o potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú starostlivosť pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Kód PZS:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Tel. kontakt :

fax

e-mail:

Údaje o poistencovi, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Diagnóza slovom:

MKCH 10:

Privezený*:

Odosielajúci lekár**:

kód PZS

Dátum a hod. odoslania

Klinický nález a vyjadrenie, prečo prijímajúci lekár hodnotí stav ako neodkladnú starostlivosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj s dostupnými výsledkami laboratórných vyšetrení:

Postup liečenia a zdôvodnenie v prípade navrhutej hospitalizácie:

Dátum a hodina poskytnutia zdravotnej starostlivosti:

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.

Na základe poskytnutých údajov žiadateľa a) potvrdzujem

b) nepotvrdzujem

neodkladnosť zdravotnej starostlivosti. (týmto nie je dotknuté právo zdravotnej poisťovne na vykonanie kontroly a prípadnú náhradu škody, ktorá jej môže vzniknúť).

Zdôvodnenie

Dátum a hodina:

pečiatka a podpis osoby oprávnenej vydať potvrdenie

* RLP, RZP, DZS, Inak vypísať

** lekár LSPP, ošetrojúci lekár, bez odporúčania