

## Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu odstránenia zubného povlaku alebo zubného kameňa poskytnuté 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) .....	.....

### Vyhlasenie

Vyhlasujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami Union zdravotnej poisťovne, a.s. na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom, ktoré sú uvedené na <https://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>.

V ..... dňa .....

.....

podpis poistenca / zákonného zástupcu

\* nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa rozumie poskytovateľ, s ktorým Union ZP nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý má platný číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

## Potvrdenie poskytnutia zdravotnej starostlivosti

vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)\*

Názov zdravotníckeho zariadenia .....

Adresa .....

PSČ ..... IČO .....

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára .....

Kód ambulancie ..... Kód lekára .....

Telefón ..... E-mail .....

Diagnóza slovom ..... MKCH 10 .....

## Rozsah poskytnutej 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

\* nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa rozumie poskytovateľ, s ktorým Union ZP nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý má platný číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

\*\* 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 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**