

Žiadosť o súhlas liečby v cudzine

Union Zdravotná Poisťovňa, a.s.
Karadžičova 10
Bratislava
814 53

Vec: Žiadosť o udelenie súhlasu podľa [§ 9f ods. 1 zákona č. 580/2004 Z.z.](#) o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. [95/2002 Z.z.](#) o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "zákon")

1. Údaje o poistencovi:

(vypĺňa poistenec zdravotnej poisťovne Union ZP, a.s., zákonný zástupca, splnomocnená osoba, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo zariadenie, v ktorom je maloletý umiestnený na základe rozhodnutia súdu)

- 1.1. Meno:
- 1.2. Priezvisko:
- 1.3. Titul:
- 1.4. Rodné priezvisko:
- 1.5. Dátum narodenia:
- 1.6. Rodné číslo, ak je pridelené:
- 1.7. Identifikačné číslo poistenca:
- 1.8. Miesto trvalého pobytu alebo miesto prechodného pobytu
 - 1.8.1. Názov ulice:
 - 1.8.2. Orientačné číslo:
 - 1.8.3. Poštové smerové číslo:
 - 1.8.4. Názov obce a štátu:
 - 1.8.5. Telefónne číslo:
 - 1.8.6. E-mailová adresa:
- 1.9. Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého alebo prechodného pobytu, alebo adresa bydliska v Slovenskej republike
 - 1.9.1. Názov ulice:
 - 1.9.2. Orientačné číslo:
 - 1.9.3. Poštové smerové číslo:
 - 1.9.4. Názov obce a štátu:
 - 1.9.5. Telefónne číslo:
 - 1.9.6. E-mailová adresa:
- 1.10. Kód základnej diagnózy, pre ktorú sa žiadosť podáva podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb:
- 1.11. Štát, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:
- 1.12. Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:
- 1.13. Adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:
 - 1.13.1. Názov ulice:
 - 1.13.2. Orientačné číslo:
 - 1.13.3. Poštové smerové číslo:
 - 1.13.4. Názov obce a štátu:
 - 1.13.5. Telefónne číslo:
 - 1.13.6. E-mailová adresa:

V zmysle [§ 9f ods. 1 zákona](#) žiadam o udelenie súhlasu podľa [§ 9a ods. 2](#), [§ 9b ods. 10](#) alebo [§ 9d ods. 3 zákona](#) na úhradu nákladov

- a) plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte (prenosný dokument S2)
- b) zdravotnej starostlivosti v súvislosti s pracovným úrazom a chorobou z povolania v členskom štáte (prenosný dokument DA1)
- c) cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie
- d) zdravotnej starostlivosti v cudzine okrem členských štátov

Krížikom sa vyznačí jedna z možností

2. Odôvodnenie potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine

.....

2.1. Údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine

.....

2.2. Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine

.....

2.3. Sídlo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine

2.3.1. Názov ulice:

2.3.2. Orientačné číslo:

2.3.3. Poštové smerové číslo:

2.3.4. Názov obce a štátu:

2.3.5. IČO:

2.3.6. Kód poskytovateľa:

2.3.7. Telefónne číslo:

2.3.8. E-mailová adresa:

2.3.9. Faxové číslo:

2.3.10. Meno a priezvisko kontaktnej osoby:

2.4. Stručná anamnéza a odôvodnenie požadovaného vyšetrenia a liečby, výsledky a závery odborných, laboratórnych, rtg a iných vyšetrení súvisiacich s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:

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

2.5. Doteraz poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s navrhovanou plánovanou zdravotnou starostlivosťou v inom členskom štáte ([§ 9b ods. 10 zákona](#)):

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

2.6. Iné ochorenia pacienta podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (kód a slovom):

.....

.....
.....
.....
2.7. Navrhovaná zdravotná starostlivosť (konkrétny druh vyšetrenia alebo liečby podľa osobitného vykonávacieho predpisu, ak ide o cezhraničnú zdravotnú starostlivosť):
.....
.....
.....

2.8. Odôvodnenie potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine, ak nie je možné zdravotnú starostlivosť poskytnúť bez zbytočného odkladu pri zohľadnení aktuálneho zdravotného stavu poistenca a možného vývoja jeho ochorenia:
.....
.....
.....

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti potvrdzuje, že:

- a) ochorenie nie je možné liečiť v Slovenskej republike v primeranej lehote pri zohľadnení aktuálneho zdravotného stavu poistenca a možného vývoja jeho ochorenia,
- b) požadovaná liečba sa v Slovenskej republike nevykonáva,
- c) boli vyčerpané všetky možnosti liečby v Slovenskej republike a od liečby v inom členskom štáte sa očakáva podstatné zlepšenie zdravotného stavu alebo zabránenie zhoršeniu zdravotného stavu poistenca,
- d) poistenec má bydlisko v inom členskom štáte a chce pokračovať v liečbe, ktorá sa začala v Slovenskej republike, v mieste bydliska, alebo
- e) ochorenie vyžaduje použitie vysokošpecializovanej a nákladnej zdravotníckej infraštruktúry alebo medicínskeho vybavenia, ktoré nie sú dostupné v Slovenskej republike.

Príslušné sa vyznačí krížikom

Spôsob vyšetrenia alebo liečby:

- a) Individuálna doprava
- b) Iný spôsob dopravy (odôvodnenie indikujúceho lekára)

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

Príslušné sa vyznačí krížikom

Zoznam povinných príloh:

1. potvrdené tlačivo výpočet predpokladaných nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine a potvrdenie o možnom prijatí poistenca
2. výpis zo zdravotnej dokumentácie
3. záznam o úraze alebo Hlásenie o chorobe z povolania, Oznámenie o poistnej udalosti (tlačivo sociálnej poisťovne)- platí pre žiadosť b)

Dátum:

.....
Meno, priezvisko, podpis poskytovateľa
zdravotnej starostlivosti a odtlačok pečiatky

2.9. Potvrdenie zdravotnej indikácie a odôvodnenie potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti v cudzine klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru:

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

Dátum:

.....
Meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky zástupcu
klinického pracoviska, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti,
ktorý odôvodňuje potrebu, nie je zároveň klinickým pracoviskom

3. Svojím podpisom potvrdzujem, že som poučený o možnosti úhrady na vlastnú ťarchu tých nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré nie sú podľa platných právnych predpisov členského štátu hradené z verejného systému.
4. Svojím podpisom potvrdzujem, že som poučený o tom, že náklady na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte Európskej únie uhradím priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu Európskej únie.

Krížikom sa vyznačí jedna z možností.

Dátum:

.....
podpis poistenca
(zákonného zástupcu, splnomocnenej osoby,
poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo
zariadenia, v ktorom je maloletý umiestnený
na základe rozhodnutia súdu)

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk v časti Ochrana osobných údajov.

Časť A

Výpočet predpokladaných nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie a potvrdenie o možnom prijatí poistenca

Poistenec (meno, priezvisko, dátum narodenia):

.....
.....

podal žiadosť o udelenie súhlasu podľa [§ 9f ods. 1 zákona č. 580/2004 Z.z.](#) o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. [95/2002 Z.z.](#) o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "zákon") v zdravotnej poisťovni Union ZP, a.s., s úhradou cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (výkon podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. [341/2013 Z.z.](#), ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia)

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

u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie (názov, adresa, kontakt):

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

Z uvedeného dôvodu prosím o rozpis predpokladaných nákladov za cezhraničnú zdravotnú starostlivosť.

Rozpis predpokladaných nákladov podľa položiek:	
1. náklady za pobyt (napr. sadzba za deň x počet dní)	
2. náklady za výkon/operáciu	
3. iné náklady (uviesť aké)	

Predpokladané náklady spolu:

Potvrdzujeme, že naše pracovisko môže prijať vyššie uvedeného poistenca

áno

nie

Dátum:

.....
Meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky
poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
z iného členského štátu Európskej únie



Časť B

Calculation of assumed costs of scheduled cross-border health care and confirmation on the possible acceptance of the policyholder

Policyholder (name, surname, date of birth):

.....

filed an application for consent under § 9f paragraph. 1 of the Act. 580/2004 Coll. on health insurance and on amendments to Act no. 95/2002 Coll. On insurance and on amendments to certain laws, as amended (the "Act"), the health insurance Union ZP, a.s. the payment of cross-border healthcare (according to the performance of the Ministry of Health of the Slovak Republic no. 341/2013 Coll. Establishing cross-border healthcare, which is subject to prior approval by the relevant health insurance company for the purpose of reimbursement)

.....

the health care provider in another Member State of the European Union (name, address, contact):

.....

Therefore, please provide calculation of supposed costs of the above treatment.

Table with 2 columns: Breakdown of supposed costs according to items, and empty cells for values. Rows include: 1. Costs of the stay (rate per day x number of days), 2. Costs of the execution/operation, 3. Other costs (please, specify)

Supposed costs total::

We are confirming that our unit can accept the above policyholder for the scheduled treatment:

yes no

Date:

Name, signature and stamp of the foreign health care provider

Časť C

Die Berechnung der voraussichtlichen Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union und der Bestätigung der möglichen Annahme des Versicherten

Versicherungsnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum):

.....
.....

einen Antrag auf Genehmigung nach § 9f Absatz. 1 des Gesetzes. 580/2004 Coll. über die Krankenversicherung und über die Änderung des Gesetzes Nr. 95/2002 Coll. über Versicherung und auf Änderungen bestimmter Gesetze in geänderter Fassung (der "Act"), die Krankenversicherung Union ZP, Inc. die Zahlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (nach der Leistung des Gesundheitsministeriums der Slowakischen Republik Nr. 341/2013 Coll. Einführung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse für die Zwecke der Kostenerstattung)

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

die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (Name, Adresse, Kontaktdaten):

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

Bitte setzen Sie sich in der Aufschlüsselung der geschätzten Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.

Aufschlüsselung der geschätzten Kosten von Artikel:	
1. Kosten für den Aufenthalt (zB Rate pro Tag x Anzahl der Tage)	
2. Preis-/ Leistungsbetrieb	
3. Sonstige Ausgaben (auflisten)	

Geschätzte Kosten gesamt:

Wir bestätigen, dass unsere Arbeit kann oberhalb der Versicherten nehmen

ja nein

Datum:

.....
Name, Unterschrift und Stempel
aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen

ŽIADOSŤ

o preplatenie nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte Európskej únie zaplatených priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu Európskej únie

1. VYPLŇA POISTENEC

- 1.2. Meno a priezvisko
- 1.3. Dátum narodenia
- 1.4. Rodné číslo poistenca, ak je pridelené/identifikačné číslo poistenca
- 1.5. Adresa trvalého pobytu

.....
 Ulica, číslo mesto/obec PSČ telefónne číslo e-mailová adresa

1.6. Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu

.....
 Ulica, číslo mesto/obec PSČ telefónne číslo e-mailová adresa

- 1.7. a) ambulantná zdravotná starostlivosť: štát dňa
- b) ústavná zdravotná starostlivosť: štát od do

1.8. Popis ochorenia (príznakov):

.....

1.9. Priložené doklady:

- a) záznam o ošetrovaní, správa o poskytnutej zdravotnej starostlivosti ks
- b) originál dokladu s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov (faktúra, vyúčtovanie výkonov) ks
- c) fotokópia lekárskeho predpisu (receptu) vystaveného v inom členskom štáte Európskej únie a vydaného v inom členskom štáte Európskej únie ks
- d) fotokópia lekárskeho poukazu na zdravotnícku pomôcku (poukaz na ZP) vystaveného v inom členskom štáte Európskej únie a vydaného v inom členskom štáte Európskej únie ks
- e) originál dokladu o zaplatení (doklad z registračnej pokladne, príjmový pokladničný doklad alebo doklad, v ktorého texte je potvrdené prijatie sumy, ak ide o hotovostnú platbu, alebo originál ústrižku o zaplatení poštovej poukážky, kópia výpisu z účtu, originál debetného avíza z banky alebo pobočky zahraničnej banky, alebo originál potvrdenia o odpísaní finančnej sumy z bankového účtu, ak ide o bezhotovostnú platbu) ks

..... celková suma a mena

1.10. Finančnú sumu žiadam zaslať:

a) poštou na adresu trvalého pobytu alebo na nasledujúcu adresu v Slovenskej republike:

Ulica, číslo Mesto/obec
PSC

Na meno osoby Narodenej dňa

b) na bankový účet číslo alebo účet na meno (ak je bankový účet v cudzine)

..... mena účtu kód banky

adresa majiteľa účtu (ak je bankový účet v cudzine)

IBAN

BIC (SWIFT)

názov a sídlo banky

(za pripísanú sumu na bankový účet v cudzine znáša bankové poplatky majiteľ účtu)

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle www.union.sk
v časti Ochrana osobných údajov.

V dňa

.....
meno, priezvisko a podpis poistenca
(zákonného zástupcu)

**Čestné prehlásenie k Žiadosti o úhradu výkonu IVF
na základe verejného zdravotného poistenia.**

Meno a priezvisko poistenky:.....

Rodné číslo:..... Kontakt. č. tel.:.....

Bydlisko:..... PSČ:.....

Poistená v Union zdravotnej poisťovni, a.s.

od:.....

Meno a priezvisko manžela/partnera*):

Dátum narodenia:.....Zdravotná poisťovňa(názov):.....

Čestne prehlasujem, že:

a) Doteraz som absolvovala – neabsolvovala*) výkony IVF (oplodnenie v skúmavke) hradené zdravotnou poisťovňou. Ak absolvovala, uveďte:

1. cyklus IVF vykonaný dňa.....úspech - neúspech*)

2. cyklus IVF vykonaný dňa:.....úspech - neúspech*)

3. cyklus IVF vykonaný dňa:.....úspech - neúspech*)

b) Doteraz som absolvovala – neabsolvovala *) výkony IVF nehradené zdravotnou poisťovňou. Ak absolvovala, uveďte:

Počet Vami hradených cyklov IVF (uhradené kompletne v hotovosti vrátane potrebných liekov):.....

Realizované dňa:.....úspech - neúspech*)

dňa:.....úspech - neúspech*)

dňa:.....úspech - neúspech*)

c) Doteraz som absolvovala - neabsolvovala *) interrupciu. Ak áno, uveďte:

Počet:.....Dátum realizácie:.....

Dôvod:.....

d) Doteraz so absolvovala - neabsolvovala *) sterilizáciu. Ak áno, uveďte:

Dátum realizácie:.....Dôvod:.....

.....

Čestne prehlasujem, že vyššie uvedené údaje sú pravdivé a som si vedomá právnych následkov v prípade ich nepravdivosti. Ak v ich dôsledku vznikne Union zdravotnej poisťovni, a.s. škoda, som povinná túto nahradiť.

Dňa:.....

.....

Podpis poistenky