

## 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 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](http://www.union.sk) v časti Ochrana osobných údajov.

## Časť A

### Výpočet predpokladaných nákladov plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie, na Islande, v Lichtenštajnsku, v Nórsku a vo Švajčiarsku (ďalej len "iný členský štát") 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 plánovanej zdravotnej starostlivosti (druh vyšetrenia alebo spôsob liečby)

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

U verejného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte (názov, adresa, IČO, kontakt):

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

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

Rozpis predpokladaných nákladov podľa položiek:	Hradené príslušnou inštitúciou *	Nehradené príslušnou inštitúciou *
1. náklady za pobyt (sadzba za deň x počet dní)		
2. náklady za výkon/operáciu		
3. iné náklady (uviesť aké)		
4. predpokladané náklady spolu		
5. príplatky, ktoré hradí poistenec	X	

Predpokladané náklady spolu: .....

Zmluvné zdravotné poisťovne sú (názov a adresa):

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

Potvrdzujeme, že naše pracovisko môže prijať vyššie uvedeného poistenca

áno

nie

Naše pracovisko akceptuje na plánovanú zdravotnú starostlivosť prenosný dokument S2 alebo prenosný dokument DA1 (podľa čl. 20 ods. 2 a podľa čl. 36 ods. 2 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. [883/2004](#) z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú.v. EÚ, kap. 5/zv. 5; Ú.v. EÚ L 200, 7. 6. 2004) v platnom znení).

áno

nie

Dátum:.....

.....  
Meno, priezvisko, podpis  
a odtlačok pečiatky  
verejného poskytovateľa  
z iného členského štátu

\* Inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte.



**Časť B**

**Calculation of assumed costs of scheduled health care and confirmation on the possible acceptance of the policyholder**

The policyholder (name, surname, birth date):

.....  
.....

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 company Union ZP, a.s. should approve the following for scheduled treatment within the following scope:

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

at the health care provider (name, address, contact):

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

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

<b>Breakdown of supposed costs according to items</b>	<b>Paid by the competent institution *</b>	<b>Not paid by the competent institution *</b>
1. Costs of the stay (rate per day x number of days)		
2. Costs of the execution/operation		
3. Other costs (please, specify)		
4. Supposed costs total		
5. Surcharges to be paid by the policyholder	X	

Supposed costs total: .....

The following are the contracting health insurance companies (name and address):

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

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

yes no

Out unit accepts the portable document S2 (within the meaning of Article 20(2) of the Regulation of the European Parliament and the Council 883/2004), or the portable document DA1 (within the meaning of Article 36(2) of the Regulation of the European Parliament and the Council 883/2004) for the scheduled treatment:

yes

no

Date: .....

.....  
Name, signature and stamp  
of the foreign health care provider

\* Competent institution, which carries out social security in another Member State.





**Časť C**

**Kalkulation der voraussichtlichen Kosten der geplanten Gesundheitsfürsorge und Bestätigung über den möglichen Empfang des Versicherten**

Versicherungsnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum):

.....  
.....

Hat einen Antrag auf Genehmigung gem. § 9f Absatz. 1 des Gesetzes. 580/2004 Slg. über die Krankenversicherung und über die Änderung des Gesetzes Nr. 95/2002 Slg. über Versicherung und Änderungen bestimmter Gesetze in geänderter Fassung (weiter nur "Gesetz"), in der slowakischen Krankenversicherungsanstalt Union ZP, AG der Bezahlung einer geplanten Behandlung im Umfang von:

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

Beim Erbringer der Gesundheitsfürsorge (Name, Adresse, Kontakt):

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

gestellt.

Aus dem o. a. Grund bitten wir um eine Kalkulation der voraussichtlichen Kosten für die genannte Behandlung.

<b>Aufstellung der voraussichtlichen Kosten nach Posten</b>	<b>beglichen durch die zuständige Institution *</b>	<b>durch die zuständige Institution nicht beglichen *</b>
Kosten für den Aufenthalt (Satz pro Tag x Anzahl der Tage)		
Kosten für Leistungen/Operation		
Sonstige Kosten (angeben)		
Voraussichtliche Kosten gesamt		
Vom Versicherten getragene Zuzahlungen		

Voraussichtliche Kosten gesamt: .....

Vertragliche Krankenkassen sind (Name und Adresse):

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

Wir bestätigen, dass unsere Arbeitsstelle den oben genannten Versicherten zur geplanten Behandlung empfangen kann.

ja

nein

Unsere Arbeitsstelle akzeptiert das mobile Dokument S2 (im Sinne des Art. 20 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates) oder das mobile Dokument DA 1 (im Sinne des Art. 36 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates) für die geplante Behandlung

ja

nein

Datum: .....

.....  
Name, Unterschrift und Stempelabdruck  
des Erbringers der Gesundheitsfürsorge  
im anderen Mitgliedstaat

\* Zuständige Institution der sozialen Versicherung (Krankenversicherung), im anderen Mitgliedstaat