

**Žiadosť \*/**  
**o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným  
 poskytovateľom zdravotnej starostlivosti**

**Číslo:** .....

Podľa § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení zákona č. 2720/2004 Z. z. **žiadam** o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

**1. Identifikácia poistenca VŠZP**

Meno, priezvisko, titul .....

Číslo poistenca (resp. rodné číslo) .....

Trvalý pobyt.....

Pobočka VŠZP.....

**2. Identifikácia nezmluvného poskytovateľa**

Názov a adresa poskytovateľa .....

.....

IČO poskytovateľa .....

Meno, priezvisko ošetrojúceho lekára .....

Číselný kód lekára .....

číslo telefónu ..... číslo faxu .....

e-mail .....

**3. Choroba slovom** .....

.....

Kód choroby podľa MKCH 10 .....

**4. Rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá má byť poskytnutá**

Kód výkonu, lieku, zdrav. pomôcky (ZP), dietetickej potraviny(DP)	Názov výkonu, lieku, ZP, DP	Počet výkonov, ks alebo balení	Doba poskytnutia ZS od – do	Predpokladané náklady a cena, ktorú má uhradiť pacient	Celková výška príspevku VŠZP

\*/ Vyhotovuje sa 4x (1x pre lekára a pre poistenca, 2x pre VŠZP)

\*\*/ Nehodiace sa prečiarknuť

**5. Odôvodnenie žiadosti v zmysle kritérií určených VŠZP**

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

Dátum

.....  
 Pečiatka a podpis nezmluvného  
 poskytovateľa

Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé a v prípade, že sa preukáže opak, som si vedomá (ý) znášania zodpovednosti a povinnosti uhradiť spôsobenú škodu .

Dátum

.....  
 podpis poistenca

**Poučenie:**

1. Žiadosť podáva poistenec pobočke VŠZP vopred, pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
2. Body 2 až 5 vyplní všeobecný lekár, okrem posledného stĺpca v bode 4, ktorý vyplní VŠZP. Správnosť údajov overuje odtlačkom pečiatky a svojím podpisom.
3. Žiadosť podáva poistenec pobočke VŠZP príslušnej podľa miesta trvalého pobytu.

**Vyhradené pre záznamy a vyjadrenie súhlasu/nesúhlasu VŠZP:**

1. Trvanie poistného vzťahu

áno \*\*/ nie \*\*/

2. Ide o poistenca, ktorý má nárok len na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti

áno \*\*/ nie \*\*/

3. Meno, priezvisko a podpis revízneho lekára :

**ROZHODNUTIE:**

Súhlasím/Nesúhlasím s úhradou príspevku poistencovi v celkovej výške ..... Sk

Dátum:  
 Riaditeľ pobočky

Všeobecná zdravotná poisťovňa, pobočka....

\*/ Vyhotovuje sa 4x (1x pre lekára a poistenca, 2x pre VŠZP) \*\*/ Nehodiace sa prečiarknuť