



# SOCIÁLNA POISŤOVŇA

pobočka .....

IČO .....

## VYŽIADANIE ZDRAVOTNÉHO VÝKONU NA ÚČELY SOCIÁLNEHO POISTENIA

### (špecifikácia obsahu výkonu na vyžiadanie posudkového lekára)

(podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov)

Posudkový lekár (PL)/identifikátor PL: ..... Dátum vyžiadania: .....

Názov PZS*	.....
IČO PZS	.....
KÓD lekára	.....

Meno a priezvisko poistenca: .....

Rodné číslo poistenca: ...../.....

Adresa poistenca: .....

Názov výkonu: - zisťovacia prehliadka\*\*  
- kontrolná lekárska prehliadka\*\*  
- zdravotné výkony predchádzajúce vystaveniu tlačiva

Špecifikácia obsahu požadovaného výkonu:

- základné vyšetrenie - vyplnenie tlačiva (Prehliadka zisťovacia/kontrolná)  
vrátane lekárskeho nálezu za posledných 12 mesiacov

Kód výkonu: .....

Bodové hodnotenie výkonu: .....

- doplňujúce odborné vyšetrenie .....

Kód výkonu: .....

Bodové hodnotenie výkonu: .....

Lehota plnenia: .....

Dátum vykonania zdravotného výkonu: .....

(vyplní posudkový lekár)

.....  
odtlačok pečiatky a podpis posudkového lekára

\* Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

\*\* Nehodiace sa prečiarknite



## VYŽIADANIE ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚČELY SOCIÁLNEHO POISTENIA POSUDKOVÝM LEKÁROM

(podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov)

Posudkový lekár(PL)/identifikátor PL: ..... Dátum vyžiadania: .....

Názov PZS*	.....
IČO PZS	.....
KÓD lekára	.....

Meno a priezvisko poistenca: .....

Rodné číslo poistenca: ...../.....

Adresa poistenca: .....

Názov výkonu: - poskytnutie ústavnej starostlivosti

Špecifikácia obsahu požadovaného výkonu:

- *diagnostické dôvody ústavnej starostlivosti (uvedenie účelu)*

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

Typ zdravotníckeho zariadenia: .....

So sídlom v: .....  
.....

Oddelenie: .....

Odporúčaná ústavná starostlivosť s lehotou uskutočnenia: .....

Predpokladaná cena hospitalizácie v eurách: .....

(podľa Opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003-OAP v znení neskorších predpisov)

Súhlas vedúceho útvaru lekárskej posudkovej činnosti (ÚLPČ)

pobočky Sociálnej poisťovne dňa:

.....  
podpis vedúceho ÚLPČ

.....  
odtlačok pečiatky a podpis posudkového lekára

\* Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti