



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 Sk:

(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