

Návrh na zaradenie poistenca do dispenzárnej starostlivosti

podľa § 6, ods. 1 písmeno h) a ods. 10 zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Poskytovateľ zdravotnej
starostlivosti:

Zdravotná poisťovňa:

Kód lekára:

Kód zdravotnej poisťovne:

Adresa:

Pobočka:

OSOBNÉ ÚDAJE POISTENCA	
Meno a priezvisko	
Číslo poistenca (rodné číslo)	
Bydlisko	
OSOBNÉ ÚDAJE POISTENCA (EURÓPSKA ÚNIA)	
Meno a priezvisko	
Pohlavie	
Dátum narodenia	
Identifikačné číslo	
Štát	
DISPENZÁRNA STAROSTLIVOSŤ	
Diagnóza slovom/MKCH 10	
Dátum návrhu	
Navrhovaná dĺžka dispenzarizácie	od: do:
Frekvencia kontrol/rok	
Dôvod predĺženia	
Odôvodnenie návrhu (epikríza, vyšetrenia SVALZ)	

Dátum:

Podpis poistenca:

Pečiatka a podpis navrhujúceho lekára: