VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
Dúbravská cesta 14
841 04 Bratislava-Karlova Ves

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 Všeobecnej zdravotnej poisťovne, 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 lehote časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- ☐ b) požadovaná liečba, ani ekvivalent liečby s porovnateľnou účinnosťou a bezpečnosťou liečby 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) Hospitalizácia ☐ *Predpokladaný termín od ..... do .....*
b) Ambulantné vyšetrenie ☐ *Predpokladaný termín od ..... do .....*
c) Vyšetrenie biologického materiálu ☐ *Predpokladaný termín od ..... do .....*

Príslušné sa vyznačí krížikom.

Spôsob prepravy medzi štátmi:

a) Ambulancia rýchlej lekárskej pomoci ☐
b) Ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci ☐
c) Ambulancia vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby ☐
d) Ambulancia mobilnej intenzívnej jednotky ☐
e) Letecký prevoz zmluvným poskytovateľom ☐
f) Vozidlo dopravnej zdravotnej služby ☐
g) Individuálna doprava ☐

Príslušné sa vyznačí krížikom.

Zdôvodnenie spôsobu prepravy:

.....
.....

Zoznam povinných príloh:

1. *potvrdené tlačivo výpočet predpokladaných nákladov zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine a potvrdenie o možnom prijatí poistenca (okrem cezhraničnej zdravotnej starostlivosti)*
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 alebo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti iného členského štátu***)**

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

Zdravotnú starostlivosť nie je možné poskytnúť v SR:

☐ *potvrdzujem*
☐ *nepotvrdzujem*

Dátum: ....

meno, priezvisko, podpis a odtlačok pečiatky zástupcu klinického pracoviska, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý odôvodňuje potrebu, nie je zároveň klinickým pracoviskom

☐ **3.1** *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.*

☐ **3.2** *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)

Vysvetlivky:

*) Príloha č. 1 k zákonu č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 160/2013 Z. z.

**) 1. Členské štáty Európskej únie: Belgicko, Bulharsko, Cyprus, Česko, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Chorvátsko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Nemecko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko, Švédsko, Taliansko.
2. Štáty Európskeho hospodárskeho priestoru: Island, Lichtenštajnsko, Nórsko.
3. Švajčiarsko.
4. Štáty okrem členských štátov.

***) § 7 ods. 2 písm. a) a b), ods. 3 alebo ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov.

****) Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia.

*****) Pri žiadosti o udelenie súhlasu v prípade cezhraničnej zdravotnej starostlivosti sa uplatňuje jedna z dvoch alternatív v zmysle §9f ods.3 zákona.