

Potvrdenie o zaradení 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:

Navrhujúci lekár: MUDr.

Pobočka:

Odbornosť:

Adresa:

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	
SCHVÁLENÁ DISPENZÁRNA STAROSTLIVOSŤ	
Diagnóza MKCH 10	
Dátum zaradenia	
Dĺžka dispenzarizácie	Od: _____ do: _____
Frekvencia dispenzárnych kontrol	
NESCHVÁLENÁ DISPENZÁRNA STAROSTLIVOSŤ	
Diagnóza MKCH 10	
Dôvod neschválenia	

Dátum:

Pečiatka a podpis revízneho lekára:

Na vedomie:

1. Poistenec
2. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti