

Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:
Obchodné meno
Ulica/č.
Mesto
PSC

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 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 primeranej lehote pri zohľadnení aktuálneho zdravotného stavu poistenca a možného vývoja jeho ochorenia,
- ☐ b) požadovaná liečba 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.

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:

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

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 úhradu tých nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré nie sú podľa platných právnych predpisov členského štátu hrazené 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.

Dávam týmto v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov, pre zdravotnú poisťovňu, a. s., súhlas na cezhraničný tok svojich osobných údajov poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z cudziny v rozsahu meno, rodné číslo, adresa a diagnóza. Tento súhlas môžem odvolať do odovzdania žiadosti poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z cudziny.

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, Veľká Británia.

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.