



ZÁZNAM O POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI POSKYTNUTEJ NEZMLUVNÝM POSKYTOVATEĽOM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

ČASŤ A

1. Identifikácia poistenca Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. (ďalej ako „VšZP“)

Meno, priezvisko, titul:

Rodné číslo poistenca (resp. IDČ, BIČ):

2. Identifikácia nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Názov a adresa poskytovateľa:

IČO poskytovateľa:

Meno, priezvisko ošetrojúceho lekára:

Číselný kód lekára:

ČASŤ B

Vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

1. Detail poskytnutej zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti*

Choroba slovom:

Kód choroby podľa MKCH 10:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet výkonov	Dátum poskytnutia ZS	Cena za poskytnutú ZS

*je potrebné vyplniť všetky polia v riadku



ČASŤ C

Vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

V súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi VŠZP ako nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhlasujem, že spĺňam nasledujúce podmienky:

1. Poskytujem zdravotnú starostlivosť na základe platného povolenia.
2. Poskytujem zdravotnú starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore, na základe pracovnoprávneho alebo obdobného pracovného vzťahu.
3. Poskytujem zdravotnú starostlivosť len zdravotníckymi pomôckami resp. zdravotníckou technikou, ktoré spĺňajú technické požiadavky podľa zákona č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na uvedenie zdravotníckej pomôcky, resp. zdravotníckej techniky na trh.

Vyhlasujem, že údaje uvedené vyššie sú pravdivé a v prípade, že sa preukáže opak, som si vedomá (ý) znášania zodpovednosti a povinnosti uhradiť spôsobenú škodu.

Dátum: _____

Pečiatka a podpis nezmluvného
poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Poučenie:

Tento záznam tvorí súčasť dokumentácie predkladanej poistencom na účely preukázania splnenia kritérií VŠZP pre poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Peňaženky zdravia VŠZP.