

**Záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti s ustanovenou lehotou
časovej dostupnosti u nezmluvného poskytovateľa z dôvodu prekročenia
lehoty časovej dostupnosti**

podľa § 40 ods. 13 a § 40 ods. 15 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej
starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Moje údaje: Meno a priezvisko:

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu):

Dátum narodenia: Rodné číslo¹:

Adresa trvalého pobytu alebo miesto prechodného pobytu:

Ulica, číslo: PSČ:

Mesto/ Obec:

Telefónne číslo: E-mailová adresa:

Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu:

Ulica, číslo: PSČ:

Mesto/ obec:

Váš IBAN na preplatenie zdravotnej starostlivosti:

Informácie o plánovanej zdravotnej starostlivosti:

ID návrhu na plánovanú starostlivosť:

Plánovaný dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:

Názov nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:			
IČO poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:			
Adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:			
Názov ulice		Orientačné číslo	
Poštové smerové číslo		Názov mesta a štátu	

¹Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.

Svojím podpisom a vyplnením všetkých údajov vo formulári potvrdzujem:

- že som nesúhlasil s prvotným predpokladaným termínom poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý prekračoval lehotu časovej dostupnosti,
- tento nesúhlas som prejavil priamo poskytovateľovi,
- nepodarilo sa nájsť iného zmluvného poskytovateľa, ktorý by vedel dodržať lehotu časovej dostupnosti na základe ponuky od mojej zdravotnej poisťovne

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si vedomá/ý nasledujúcich skutočností:

- že poskytnutú zdravotnú starostlivosť si uhradím sám a moja zdravotná poisťovňa mi po dodaní účtovného dokladu a zdravotnej dokumentácie následne zdravotnú starostlivosť preplatí vo výške priemernej úhrady zdravotnej starostlivosti u zmluvných poskytovateľov,
- že toto prejavenie záujmu musí byť doručené mojej poisťovni najneskôr 15 pracovných dní pred plánovaným termínom u nezmluvného poskytovateľa,
- že moja zdravotná poisťovňa môže odmietnuť udeliť mi súhlas na absolvovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa, ak plánovaný termín nebude v lehote časovej dostupnosti,
- ak zmením zdravotnú poisťovňu, nebudem mať nárok absolvovať zdravotnú starostlivosť u nezmluvného/zahranického poskytovateľa aj v prípade, že žiadosť bola schválená mojou predošlou zdravotnou poisťovňou,
- že mám povinnosť požiadať prvotného poskytovateľa, u ktorého som zaradený na zoznam čakajúcich poistencov najneskôr v deň nástupu na zdravotnú starostlivosť u poskytovateľa v inom členskom štáte o vyradenie zo zoznamu čakajúcich poistencov, aby som uvoľnil termín pre iných pacientov.

V.....dňa.....

meno, priezvisko a podpis poistenca
(zákonného zástupcu)