

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

Evidenčné číslo návrhu *)

1. diel - Predvolanie poistenca do kúpeľov

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PACIENT	ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA									
Priezvisko a meno										
Rodné číslo								tel.:		
Adresa trvalého pobytu	PSČ:									
Zamestnávateľ	PSČ:									

Identifikačná skupina - číslo

--	--

 Hlavná diagnóza - číslo:

--	--

 slovom:

--	--

Vedľajšie diagnózy: Navrhoj:

Kúpeľná starostlivosť	ústavná <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>	dejská <input type="checkbox"/>	Overiť:
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>		Dátum, pečiatka, podpis

STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Návrh: schválený ☐ Stupeň naliehavosti: 1 ☐ 2 ☐ Sprievodca pre pobyt: áno ☐ nie ☐

Určená kúpeľná liečebňa:

Návrh: zamietnutý ☐

Zodôvodnenie:

Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára

POTVRDENIE KÚPEĽNEJ LIEČEBNE

Adresa kúpeľného zariadenia:
IČO:
Nástup dňa: Pečiatka, podpis zástupcu kúpeľného zariadenia

Poučenie pre poistenca

Kúpeľná starostlivosť je poskytovaná zo zdravotného poistenia v príslušných prírodných liečebných kúpeľoch ako pokračovanie liečebného procesu na predvolanie pre dospelých a pre deti.

Návrh na kúpeľnú starostlivosť vypisuje ošetrojúci lekár alebo príslušný odborník, ktorí odošlú návrh zdravotnej poisťovni. Vystavenie návrhu hradí v plnom rozsahu príslušná zdravotná poisťovňa. Návrh na kúpeľnú starostlivosť má platnosť tri mesiace odo dňa vystavenia a je neprenosný.

Poistenca predvolávajú na kúpeľnú starostlivosť kúpele najmenej 5 pracovných dní pred určeným nástupným termínom. Nástupný termín je záväzný a poistenec je povinný nastúpiť do kúpeľov do 12.00 hod. v deň označený ako nástupný termín. Predvolanie poistenca, po potvrdení na pobočke zdravotnej poisťovne, stáva sa poukazom, ktorý je poistenec povinný predložiť pri nástupe do kúpeľov v príjímacej kancelárii. Ak poistenec z vážnych dôvodov, akými je úmrtie v rodine, ošetrovanie člena rodiny, ochorenie spojené s hospitalizáciou alebo vznik ochorenia vylučujúceho kúpeľnú starostlivosť nenastúpi do kúpeľov, oznámi túto skutočnosť kúpeľnému zariadeniu a najbližšej pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa toleruje oneskorený nástup o jeden deň z dopravných dôvodov. Všetky ostatné prípady nedodržania nástupného termínu sú považované za svojvoľné nedodržanie liečebného režimu.

Škody, ktoré tým vzniknú zdravotnej poisťovni, je poistenec povinný v plnej výške uhradiť.

Poistenec je povinný počas pobytu v kúpeľoch dodržiavať pokyny ošetrojúceho kúpeľného lekára, kúpeľný poriadok a kúpeľný režim. V prípade, ak ich poistenec poruší, môže byť predčasne prepustený pre hrubé porušenie kúpeľnej starostlivosti. Vzniknutú škodu je poistenec povinný uhradiť v plnej výške.

Po skončení kúpeľnej starostlivosti dostane poistenec v uzavretej obálke prepúšťacu správu. Tento doklad poistenec odovzdá do troch dní svojmu ošetrojúcemu lekárovi.

Dĺžka liečby v kúpeľoch sa riadi indikačným zoznamom. Poistenca s ňou oboznamuje navrhujúci lekár, prípadne príslušná pobočka zdravotnej poisťovne.

Kúpeľná starostlivosť pre detských poistencov, ich prípadný sprievod, sa riadi príslušnými ustanoveniami zákona NR SR č. 98/95 Z. z. o liečebnom poriadku.

Príjemný pobyt v prírodných liečebných kúpeľoch Vám želá Vaša zdravotná poisťovňa.

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poisťenca

Evidenčné číslo návrhu *)

3. diel - Pre kúpeľnú komisiu zdravotnej poisťovne

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA																																					
Priezvisko a meno																																							
Rodné číslo	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			tel.:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adresa trvalého pobytu																																							
PSČ:																																							
Zamestnávateľ																																							
Identifikačná skupina - číslo	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>			Hlavná diagnóza - číslo:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		
Vedľajšie diagnózy:	Navrhoj: slovom:																																						
Kúpeľná starostlivosť	ústavná <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>	detská <input type="checkbox"/>																																				
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																					
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>																																					
Dátum, pečiatka, podpis																																							
Dátum, pečiatka, podpis																																							
STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE																																							
Návrh:	schválený <input type="checkbox"/>	Stupeň naliehavosti:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																				
Určená kúpeľná liečebňa:	Sprievodca pre pobyt: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																																						
Návrh:	zamietnutý <input type="checkbox"/>																																						
Zdôvodnenie:																																							
Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára																																							

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)			
Pacienti:	chodiaci <input type="checkbox"/>	mobilitní pomocou barí <input type="checkbox"/>	na vozíku <input type="checkbox"/>
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg
Anamnéza a terajšie ochorenie:	Tk:	/	P:
Laboratórne a doplnujúce vyšetrenia: Dátum:			
Rtg hrudníka:	FW:	/	Moč:
EKG:	KO:		
Iné:			
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:			
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:			

*) Vyplní poisťovňa

Podpis poisťenca (zákonného zástupcu)

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

PACIENTZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA

Priezvisko a meno

[illegible]

tel.:

Adresa trvalého
pobytu

PSČ:	PSČ:
------	------

PSC:

Zamestnávateľ

Identifikačná skupina - číslo

Hlavná diagnóza - číslo:

slovom:

Vedľajšie diagnózy:

Navrhov:

Overall:

Kúpeľná starostlivosť	ústavná	ambulantná	domáca	deťská
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Dátum, pečiátka, podpis

Dátum, pečiatka, podpis

LEKÁRSKA SPRÁVA

(je možné ju nahradiť prepúšťiacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

Pacienti:

chodiaci ☐

mobilitní pomocou barlí ☐

☐ na vozíku

Výška:

cm Hmotnost'.

kg

TK:

1

2.

Anamnéza a terajšie ochorenie:

Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia: Dátum:

FW:

1

Moč:

 $\text{K}\ddot{\text{O}}\text{:}$

Rtg hrudnika:

Iné:

Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:

Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt: