

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.: | | tel.: |
| Adresa trvalého pobytu | PSČ: | | PSČ: |
| Zamestnávateľ | | | |
| Identifikačná skupina - číslo | Hlavná diagnóza - číslo: | slovom: | |
| Vedľajšie diagnózy: | Navrhol: | | |
| Kúpeľná starostlivosť | ústavná <input type="checkbox"/> | ambulantná <input type="checkbox"/> | detská <input type="checkbox"/> |
| Stupeň naliehavosti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Overil: |
| 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 | | |
| 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 prijímacej 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 prepúšťaciu 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 poistenca

Evidenčné číslo návrhu *)

2. diel - Objednávka pre kúpeľnú liečebňu

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

Identifikačná skupina - číslo

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Hlavná diagnóza - číslo:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 slovom:
 Vedfajšie diagnózy: Navrhol:
 Kúpeľná starostlivosť ústavná ambulatná detská Overil:
 Stupeň naliehavosti 1 2
 Sprievodca pre pobyt áno nie Dátum, pečiatka, podpis 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
 Zdôvodnenie: _____
 Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

Pacienti: chodiaci mobilní pomocou barlí na vozíku
 Výška: cm Hmotnosť: kg Tk: / P:
 Anamnéza a terajšie ochorenie: _____
 Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia: Dátum: FW: / Moč: KO:
 Rtg hrudníka:
 EKG:
 Iné:
 Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu: _____
 Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt: _____

*) Vyplní poisťovňa Podpis poistenca (zákonného zástupcu)

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

Evidenčné číslo návrhu *)

3. diel - Pre kúpeľnú komisiu zdravotnej poisťovne

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| PACIENT | | ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA | |
| Priezvisko a meno | | | |
| Rodné číslo | | tel.: | |
| Adresa trvalého pobytu | | PSČ: | |
| Zamestnávateľ | | | |
| Identifikačná skupina - číslo | | Hlavná diagnóza - číslo: | |
| Vedľajšie diagnózy: | | Navrhol: | |
| Kúpeľná starostlivosť | ústavná <input type="checkbox"/> | ambulantná <input type="checkbox"/> | detská <input type="checkbox"/> |
| Stupeň naliehavosti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Overil: |
| Sprievodca pre pobyt | áno <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | 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"/> | Sprievodca pre pobyt: | áno <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Určená kúpeľná liečebňa: | | | | | | | |
| 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 barlí <input type="checkbox"/> | na vozíku <input type="checkbox"/> |
| Výška: | cm | Hmotnosť: | kg |
| Tk: | / | P: | |
| Anamnéza a terajšie ochorenie: | | | |
| | | | |
| Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia: | Dátum: | FW: | / |
| Rtg hrudníka: | | Moč: | KO: |
| EKG: | | | |
| Iné: | | | |
| Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu: | | | |
| | | | |
| Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt: | | | |
| | | | |

*) Vyplní poisťovňa

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)

LEKÁRKA

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| PACIENT | | ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA | |
| Priezvisko a meno | | | |
| Rodné číslo | tel.: | | tel.: |
| Adresa trvalého pobytu | PSČ: | | PSČ: |
| Zamestnávateľ | | | |
| Identifikačná skupina - číslo | | Hlavná diagnóza - číslo: | slovom: |
| Vedľajšie diagnózy: | | Navrhov: | |
| Kúpeľná starostlivosť | ústavná <input type="checkbox"/> | ambulantná <input type="checkbox"/> | detská <input type="checkbox"/> |
| Stupeň naliehavosti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Overil: |
| Sprievodca pre pobyt | áno <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | Dátum, pečiatka, podpis |
| | | | Dátum, pečiatka, podpis |

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| Pacienti: | chodiaci <input type="checkbox"/> | mobilitní pomocou barlí <input type="checkbox"/> | na vozíku <input type="checkbox"/> |
| Výška: | cm | Hmotnosť: | kg |
| | | Tk: | / |
| | | P: | |
| Anamnéza a terajšie ochorenie: | | | |
| Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia: Dátum: | | FW: | / |
| Rtg hrudníka: | | Moč: | KO: |
| EKG: | | | |
| Iné: | | | |
| Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu: | | | |
| Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt: | | | |