

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			
Identifikačná skupina - číslo		Hlavná diagnóza - číslo:	
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

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"/>
Návrh:	zamietnutý <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára
Zdôvodnenie:			

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.:		tel.:
Adresa trvalého pobytu	PSC:		PSC:
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
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"/>	mobilní pomocou barlí <input type="checkbox"/>	na vozíku <input type="checkbox"/>
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg
		Tk:	/
		P:	
Anamnéza a terajšie ochorenie:			
Laboratórne a doplnujúce 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)

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:		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"/>	
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"/>
		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"/>	mobilní 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)

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

--	--	--	--

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

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:			

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)