

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

PrV

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:

Navrhol:

Overil:

Kúpeľná starostlivosť: ústavná ambulancná detská

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

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 dňavystavenia 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 týmto 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.

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
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"/>
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:	
Návrh: zamietnutý <input type="checkbox"/>	Sprievodca pre pobyt: áno <input type="checkbox"/> nie <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: / 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
Navrhovateľ: <input type="checkbox"/> ústavná <input type="checkbox"/> ambulatná <input type="checkbox"/> detská	
Kúpeľná starostlivosť	Overil:
Stupeň naliehavosti	
Sprievodca pre pobyt	
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: _____ / 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

PrV

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

--	--	--	--

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA	
Priezvisko a meno			
Rodné číslo		tel.:	
Adresa trvalého pobytu		PSČ:	
Zamestnávateľ			0
Identifikačná skupina - číslo		Hlavná diagnóza - číslo	
Vedľajšie diagnózy:		Navrhol:	
Kúpeľná starostlivosť	ústavná	ambulantná	detská
Stupeň naliehavosti	1	2	
Sprievodca pre pobyt	áno	nie	
			Overil:
		Dátum, pečiatka, podpis	Dátum, pečiatka, podpis

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)			
Pacienti:	chodiaci		
Výška:		cm	
Hmotnosť:		kg	
Tk:		/	
P:			
Anamnéza a terajšie ochorenie:			
Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia:	Dátum:	FW:	
Rtg hrudníka:			
EKG:			
Iné:			
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:			
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:			

*) Vyplní poisťovňa

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)