

Záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti s ustanovenou lehotou časovej dostupnosti v inom členskom štáte EÚ 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:

Informácie o plánovanej zdravotnej starostlivosti:

ID návrhu na plánovanú starostlivosť:

Plánovaný dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde má byť zdravotná starostlivosť poskytnutá:			
Kontaktné údaje 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 údajov vo formulári potvrdzujem:

- že som nesúhlasil s prvotným predpokladaným termínom poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý prekročoval lehotu časovej dostupnosti a tento nesúhlas som prejavil poskytovateľovi,
- nepodarilo sa nájsť iného zmluvného poskytovateľa, ktorý by vedel dodržať lehotu časovej dostupnosti na základe ponuky od mojej zdravotnej poisťovne,
- a nepodarilo sa nájsť ani nezmluvného poskytovateľa, ktorý by vedel dodržať lehotu časovej dostupnosti, takže by som mal záujem čerpať plánovanú starostlivosť v inom členskom štáte, kde je možné dodržať lehotu časovej dostupnosti, overil som, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte akceptuje prenosný formulár S2 vystavený mojou zdravotnou poisťovňou (tento formulár bude slúžiť na úhradu nákladov na plánovanú zdravotnú starostlivosť priamo poskytovateľovi a vy za zdravotnú starostlivosť nemusíte platiť).

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si vedomý nasledujúcich skutočností:

- že toto prejavenie záujmu musí byť doručené mojej poisťovni najneskôr 15 pracovných dní pred plánovaným termínom u poskytovateľa v inom členskom štáte, moja zdravotná poisťovňa mi môže odmietnuť udeliť súhlas na absolvovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v inom členskom štáte, ak plánovaný termín nebude v lehote časovej dostupnosti,
- ak zmením zdravotnú poisťovňu, nebudem mať nárok absolvovať zdravotnú starostlivosť u nezmluvného/zahraničného 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)