DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

1. diel - Predvolanie poistenca do kúpeľov

Evidenčné číslo návrhu *)

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

Indikačná skupina - číslo | Hlavná diagnóza - číslo | slovom:

Vedľajšie diagnózy: Navrhol:

Kúpeľná starostlivosť: ☐ ústavná ☐ ambulantná ☐ detská
Stupeň naliehavosti: ☐ 1 ☐ 2
Sprievodca pre pobyt: ☐ áno ☐ nie

Overil:

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 ošetrujúci 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 spojene 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 ošetrujúceho 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 ošetrujúcemu lekárovi.

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

Kúpeľná starostliovsť 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.

Sídlo spoločnosti: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3627/B

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca
2. diel - Objednávka pre kúpeľnú liečebňu

Evidenčné číslo návrhu *)

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

Indikačná skupina - číslo | Hlavná diagnóza - číslo | slovom:

Vedľajšie diagnózy: Navrhol:

Kúpeľná starostlivosť: ☐ ústavná ☐ ambulantná ☐ detská
Stupeň naliehavosti: ☐ 1 ☐ 2
Sprievodca pre pobyt: ☐ áno ☐ nie

Overil:

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)

Sídlo spoločnosti: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3627/B

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca
3. diel - Pre kúpeľnú komisiu zdravotnej poisťovne

Evidenčné číslo návrhu *)

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

Indikačná skupina - číslo | Hlavná diagnóza - číslo | slovom:

Vedľajšie diagnózy: Navrhol:

Kúpeľná starostlivosť: ☐ ústavná ☐ ambulantná ☐ detská
Stupeň naliehavosti: ☐ 1 ☐ 2
Sprievodca pre pobyt: ☐ áno ☐ nie

Overil:

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)

Sídlo spoločnosti: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3627/B

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca
4. diel - Pre navrhujúceho lekára

Evidenčné číslo návrhu *)

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

Indikačná skupina - číslo | Hlavná diagnóza - číslo | slovom:

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 ☐ 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)

Sídlo spoločnosti: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3627/B