



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:

 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

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 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 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 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 žela Vaša 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:

 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



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: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> detská	Overil:
Stupeň naliehavosti: <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
Sprievodca pre pobyt: <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	Dátum, pečiatka, podpis	Dátum, pečiatka, podpis
STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE – REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POIŠŤOVNE			
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



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: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> detská	Overil:
Stupeň naliehavosti: <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
Sprievodca pre pobyt: <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	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: / Moč: KO:
Rtg hrudníka:		
EKG:		
Iné:		
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:		
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:		

*) Vyplní poisťovňa