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.:	tel.:
Adresa trvalého pobytu	PSČ:	PSČ:
Zamestnávateľ		

Identifikačná 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: Kúpele Horný Smokovec, s.r.o., Horný Smokovec 2 , Vysoké Tatry 062 01

IČO: 31 737 927

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 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 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 želá 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		

Identifikačná 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:

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		

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

Vedľajšie diagnózy: Navrhol:

Kúpeľná starostlivosť ústavná ☐ ambulantná ☐ 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:

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

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

Identifikačná 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: