

**OZNÁMENIE ZDRAVOTNEJ POISŤOVNI
o úraze alebo inom poškodení zdravia**

1.

Meno a priezvisko poistenca:

Dátum narodenia poistenca:

Rodné číslo/identifikačné číslo poistenca:

Bydlisko poistenca:

2.

Zdravotná poisťovňa poistenca:

Kód zdravotnej poisťovne poistenca:

3.

Poskytovateľ:

Kód poskytovateľa:

IČO poskytovateľa:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Miesto prevádzkovania:

4.

Typ úrazu alebo poškodenia zdravia*):

Úraz alebo iné poškodenie zdravia, ku ktorému došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby:	a) dopravná nehoda	<input type="text"/>
	b) iné	<input type="text"/>
Smrteľný úraz		<input type="text"/>
Ťažký úraz		<input type="text"/>
Hromadný úraz		<input type="text"/>
Choroba z povolania		<input type="text"/>

Popis vzniku úrazu alebo iného poškodenia zdravia:

5.

Dátum, kedy došlo k úrazu alebo k inému poškodeniu zdravia:

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:

Forma poskytnutej zdravotnej starostlivosti*):

všeobecná ambulantná starostlivosť	<input type="checkbox"/>
špecializovaná ambulantná starostlivosť	<input type="checkbox"/>
záchranná zdravotná služba	<input type="checkbox"/>
ústavná starostlivosť	<input type="checkbox"/>
lekárska starostlivosť	<input type="checkbox"/>
ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci	<input type="checkbox"/>
ambulantná pohotovostná služba	<input type="checkbox"/>
ústavná pohotovostná služba	<input type="checkbox"/>

Diagnóza:

Kód diagnózy:

6.

Iné dôležité údaje:

Dátum

.....
poskytovateľ

*voľbu vyznačte krížikom v druhom stĺpci tabuľky

Vysvetlivky

V zmysle § 79a ods. 1 písm. d) bod 2 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe je povinný oznamovať príslušnej zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci v listinnej podobe na tlačive predpísanom úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) alebo v elektronickej podobe úraz alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorým poskytol osobe zdravotnú starostlivosť, pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo k inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ povinný oznamovať všetky bez výnimky.

V oznámení je potrebné uviesť:

1.

Identifikačné údaje osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje:

- meno, priezvisko
- dátum narodenia
- rodné číslo, prípadne iné identifikačné číslo (napr. bezvýznamové identifikačné číslo)
- bydlisko (napr. trvalý pobyt, prechodný pobyt)

2.

Označenie zdravotnej poisťovne, ktorá je príslušnou zdravotnou poisťovňou osoby uvedenej v 1. časti tlačiva:

- názov zdravotnej poisťovne (DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., Union zdravotná poisťovňa, a. s.)
- kód zdravotnej poisťovne (kód 24 – DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., kód 25 – Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., kód 27 – Union zdravotná poisťovňa, a. s.)

3.

Označenie poskytovateľa, ktorý poskytol zdravotnú starostlivosť osobe uvedenej v 1. časti tlačiva:

- titul, meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá je držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, názov právnickej osoby alebo titul, meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá je držiteľom povolenia
- kód poskytovateľa pridelený úradom
- identifikačné číslo poskytovateľa, ak je mu pridelené
- miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa osobe uvedenej v 1. časti tlačiva poskytnutá

4.

Informácie k úrazu alebo k inému poškodeniu zdravia:

- označenie, či ide o úraz alebo iné poškodenie zdravia, pri ktorom je dôvodné podozrenie, že k nemu došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; označenie, či išlo o smrteľný úraz, ťažký úraz, hromadný úraz alebo či ide o chorobu z povolania
- stručný popis mechanizmu vzniku úrazu alebo iného poškodenia zdravia, označenie miesta vzniku úrazu, prípadne osoby, ktorá úraz alebo iné poškodenie zdravia osobe uvedenej v 1. časti tlačiva spôsobila, ak sú poskytovateľovi tieto informácie známe

5.

Informácie o poskytnutej zdravotnej starostlivosti:

- dátum, prípadne obdobie, v ktorom došlo k úrazu alebo k inému poškodeniu zdravia osoby uvedenej v 1. časti tlačiva
- dátum, prípadne obdobie kedy bola osobe uvedenej v 1. časti tlačiva zdravotná starostlivosť poskytnutá
- označenie formy poskytnutej zdravotnej starostlivosti
- slovné označenie určenej diagnózy, ak nie je určená konečná diagnóza, označenie predbežnej diagnózy
- označenie kódu diagnózy podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH – 10)

6.

V časti iné dôležité údaje je potrebné uviesť prípadné ďalšie podstatné informácie týkajúce sa osoby uvedenej v 1. časti tlačiva, napr. informáciu o obmedzení, resp. zbavení tejto osoby spôsobilosti na právne úkony, informácie týkajúce sa charakteru úrazu alebo iného poškodenia zdravia osoby uvedenej v 1. časti tlačiva, dôvod vzniku úrazu alebo iného poškodenia zdravia (napadnutie, pracovný úraz, a pod.), v prípade choroby z povolania uviesť dátum priznania choroby z povolania, prípadne uviesť, či ide o opakované poškodenie zdravia (ak sú tieto informácie poskytovateľovi známe), informácie týkajúce sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti a pod.

Dátum vystavenia tlačiva, názov, prípadne titul, meno a priezvisko poskytovateľa, odtlačok pečiatky poskytovateľa.