



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želtova 2, 829 24 Bratislava

Oznámenie zdravotnej poisťovni o poskytnutí
zdravotnej starostlivosti v dôsledku porušenia
liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej
návykovej látky

Strana 1 z 6

OZNÁMENIE ZDRAVOTNEJ POISŤOVNI

o poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dôsledku porušenia liečebného režimu
alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky

1.

Meno a priezvisko poistenca:

Dátum narodenia poistenca:

Rodné číslo/identifikačné číslo poistenca:

Bydlisko poistenca:

2.

Zdravotná poisťovňa poistenca:

Kód zdravotnej poisťovne poistenca:



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želtova 2, 829 24 Bratislava

Oznámenie zdravotnej poisťovni o poskytnutí
zdravotnej starostlivosti v dôsledku porušenia
liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej
návykovej látky

Strana 2 z 6

3.

Poskytovateľ:

Kód poskytovateľa:

IČO poskytovateľa:

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

Miesto prevádzkovania:

4.

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:

Dátum, kedy došlo k poškodeniu zdravia:

Forma poskytnutej zdravotnej starostlivosti*):

všeobecná ambulantná starostlivosť	
špecializovaná ambulantná starostlivosť	
záchranná zdravotná služba	
ústavná starostlivosť	
lekárska starostlivosť	
ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci	
ambulantná pohotovostná služba	
ústavná pohotovostná služba	

Diagnóza:

Strana 2 z 6



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želtova 2, 829 24 Bratislava

**Oznámenie zdravotnej poisťovni o poskytnutí
zdravotnej starostlivosti v dôsledku porušenia
liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej
návykovej látky**

Strana 3 z 6

Kód diagnózy:

Dôvod poskytnutia zdravotnej starostlivosti*):

porušenie liečebného režimu	<input type="checkbox"/>
užitie alkoholu	<input type="checkbox"/>
užitie inej návykovej látky	<input type="checkbox"/>

5.

Iné dôležité údaje:

Dátum

.....

poskytovateľ

*voľbu vyznačte krížikom v druhom stĺpci tabuľky

Vysvetlivky

V zmysle § 79a ods. 1 písm. c) bod 1 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

Strana 3 z 6

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 každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky.

V zmysle § 2 ods. 11 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“) liečebný režim je životospráva osoby na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár.

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, priezvisko fyzickej osoby, ktorá je držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, názov právnickej osoby alebo titul, meno, 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.

Údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti:

- dátum, prípadne obdobie, kedy bola osobe uvedenej v 1. časti tlačiva zdravotná starostlivosť poskytnutá
- dátum, prípadne obdobie, v ktorom došlo k poškodeniu zdravia osoby uvedenej v 1. časti tlačiva vyžadujúce si poskytnutie zdravotnej starostlivosti
- označenie formy poskytnutej zdravotnej starostlivosti
- slovné označenie určenej diagnózy, ak nie je určená konečná diagnóza, označiť predbežnú diagnózu
- označenie kódu diagnózy podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v aktuálnom znení (MKCH)
- označenie dôvodu, ktorý si vyžiadal poskytnutie zdravotnej starostlivosti

5.

V časti iné dôležité údaje je potrebné uviesť, akým spôsobom bol liečebný režim porušený, dátum, kedy došlo k porušeniu liečebného režimu, k užitiu akej návykovej látky prišlo a jej zistené množstvo (ak sú tieto informácie poskytovateľovi známe), bližšie informácie k príčinám majúcim za následok potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti, prípadne informáciu o obmedzení, resp. zbavení osoby uvedenej v 1. časti tlačiva spôsobilosti na právne úkony, informáciu, či v prípade osoby uvedenej v 1. časti tlačiva ide o opakované poškodenie zdravia, a pod.



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želova 2, 829 24 Bratislava

**Oznámenie zdravotnej poisťovni o poskytnutí
zdravotnej starostlivosti v dôsledku porušenia
liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej
návykovej látky**

Strana 6 z 6

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