

**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	
	b) pracovný úraz	
	c) iné	
Smrteľný úraz		
Ťažký úraz		
Hromadný úraz		
Choroba z povolania		

**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	
špecializovaná ambulantná starostlivosť	
záchranná zdravotná služba	
ústavná starostlivosť	
lekárska starostlivosť	

ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci	
ambulantná pohotovostná služba	
ústavná pohotovostná služba	

\*voľbu vyznačte krížikom v druhom stĺpci tabuľky

**Diagnóza:**

**Kód diagnózy:**

**6.**

**Iné dôležité údaje:**

**Dátum** .....

.....

poskytovateľ

**Vysvetlivky**

V zmysle § 79a ods. 1 písm. c) 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 – v aktuálnom znení)

 <p>ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU</p>	<p><b>Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou</b> Želtova 2, 829 24 Bratislava <b>Oznámenie zdravotnej poisťovni o úraze alebo inom poškodení zdravia</b></p>	<p>Strana 6 z 6</p>
---	--	---------------------

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.