

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PŘÍSPĚVKU Z FONDU PREVENCE

ŽADATEL

Pojištěnec VZP ČR nebo zákonný zástupce
nositele příspěvku

Jméno a příjmení: _____

Číslo pojištění: _____

Datum narození: * _____

Spojení (telefon nebo e-mail): ** _____

NOSITEL PŘÍSPĚVKU

Nezletilé dítě/osoba svěřená do péče
(vyplňte při žádosti o příspěvek pro tuto osobu)

Jméno a příjmení: _____

Číslo pojištění: _____

ÚDAJE O DOKLADECH A VÝŠI PŘÍSPĚVKU

Počet dokladů: _____

Výše příspěvku: _____

Číslo účtu pro úhradu příspěvku: _____ / _____ kód banky

DÁRCI

- ☐ Aktivní dárce – Vybrané rehabilitační procedury/terapie lázeňského typu
- ☐ Aktivní dárce – Dentální hygiena
- ☐ Neaktivní dárce – Vybrané rehabilitační procedury/terapie lázeňského typu
- ☐ Dárce orgánů

K PORODU A PO PORODU

- ☐ Těhotné ženy a maminky do 6 měsíců od porodu včetně péče o miminko
- ☐ Nedonošené miminko s porodní váhou do 1 500 g do 12 měsíců od porodu
- ☐ Miminko s rozštěpem rtu do 12 měsíců od porodu

OČKOVÁNÍ

- ☐ Uveďte název očkovací látky nebo infekčního onemocnění:

ODMĚNA ZA PREVENCI

- ☐ Pohybová aktivita a dentální hygiena pro seniory od 65 let
- ☐ Vybrané rehabilitační procedury/terapie lázeňského typu pro seniory od 65 let

PODPORA PŘI NEMOCI

- ☐ Edukační pobyty pro diabetiky
- ☐ Přístrojové ošetření nohou pro diabetiky od 18 let
- ☐ Vybrané rehabilitační procedury/terapie lázeňského typu pro diabetiky
- ☐ Bezlepková dieta 0–26 let se statusem nezaopatřené dítě
- ☐ Nízkobílkovinná dieta 0–26 let se statusem nezaopatřené dítě
- ☐ Paruka, protetická podprsenka, chladící čepice
- ☐ Odlehčené sádry a fixace do 18 let

PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

- ☐ Komplexní onkologická prohlídka od 35 let
 - ☐ Vyšetření kožních znamének
 - ☐ Ultrazvukové vyšetření prsu od 18 let
 - ☐ Odvykání kouření od 18 let
 - ☐ Trénink/testování paměti pro seniory od 65 let
 - ☐ Podpora duševního zdraví od 7 let
- Uveďte jméno terapeuta:

Čestně prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné a jsem (resp. osoba, za kterou žádám, je) pojištěncem VZP ČR.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s informací o zpracování osobních údajů v souvislosti s čerpáním příspěvků z fondu prevence, která je uveřejněna zde: www.vzp.cz/zpracovavani-osobnich-udaju-fond-prevence.

Veškeré informace o podmínkách čerpání příspěvků z fondu prevence naleznete na webových stránkách www.vzp.cz.

V _____ dne _____

Podpis _____

* Vyplňuje pouze žadatel, který je zákonným zástupcem nositele příspěvku a není pojištěncem VZP ČR. ** Povinné údaje