



ŽÁDOST POJIŠTĚNCE O UDĚLENÍ SOUHLASU S ÚHRADOU NÁKLADŮ NA PLÁNOVANÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ZAHRANIČÍ¹

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI:

Jméno a příjmení: _____

Rodné příjmení: _____

Datum narození: _____ Číslo pojištěnce: _____

Trvalé bydliště (příp. adresa pro
doručování): _____

Základní diagnóza (slovy):

Požadovaný druh zdravotních služeb, které mají být poskytnuty v zahraničí:

¹ Žádost o udělení povolení v souladu s čl. 20 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a dle čl. 26 nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení č. 883/2004. V případech, kdy se žádost týká zdravotních služeb nehrazených v ČR, a které nejsou hrazeny ani v dotčeném státě, kterého se žádost týká, nebo sice jde o zdravotní služby v zahraničí hrazené, ale které mají být poskytnuty v nesmluvním zdravotnickém zařízení, a zároveň je-li jejich poskytnutí jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, posoudí ji zdravotní pojišťovna z hlediska splnění podmínek v souladu s § 16 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Období, v němž má být léčba v zahraničí poskytnuta:

Navrhovaný poskytovatel zdravotních služeb v zahraničí (přesný název a adresa):

Přesný název: _____

Adresa: _____

Stát:

Důvod výběru konkrétního zahraničního poskytovatele:

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou vyžádaných zdravotních služeb:

V _____ dne _____

podpis²

(Žadatel se zavazuje v případě udělení souhlasu s úhradou zdravotních služeb poskytnout VZP ČR po ukončení léčby na zahraničním pracovišti zprávu o zdravotním stavu pacienta a celkové zhodnocení léčby. Další údaje pak poskytnout na vyžádání.)

² Podpis pojištěnce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem.

PLNÁ MOC³

Tímto uděluji⁴ _____,

datum narození/IČO: _____, bytem / sídlem v _____,

plnou moc k podání Žádosti o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované zdravotní služby v zahraničí a k zastupování mé osoby v řízení o této žádosti:

V _____ dne _____

Podpis pojištěnce

Plnou moc přijímám.

V _____ dne _____

Podpis zmocněnce⁵

³ Zplnomocňuje-li pojištěnec k podání a řízení o žádosti třetí osobu. Plnou moc lze přiložit též na zvláštním dokumentu. Plnou moc není třeba úředně ověřit.

⁴ Uvedte údaje fyzické nebo právnické osoby, jíž je plná moc udělena.

⁵ V případě plné moci udělené zdravotnickému zařízení: Razítko a podpis navrhujícího lékaře a razítko a podpis ředitele navrhujícího ZZ

K žádosti přiložte následující dokumenty:

- 1) Stanovisko plně kvalifikovaného pracoviště pro danou odbornost, obsahující sdělení o základní diagnóze.
- 2) Informace zahraničního poskytovatele o předpokládané ceně zdravotních služeb, které mají být poskytnuty.
- 3) Další relevantní dokumenty.

Vyjádření revizního lékaře příslušné RP VZP ČR:

- Pacient je pojištěncem VZP ČR: ANO/NE
- **K léčbě v zahraničí** (po ověření skutečností uvedených v žádosti):

Léčbu:

Doporučuji/nedoporučuji

Důvod:

Datum:

Podpis a razítko: