



**Žiadosť o liečbu
v zdravotníckom zariadení
VITALITA n.o. LEHNICE**

Adresa: 930 37 Lehnice 113
Telefón: 031/5918 200
Fax: 031/5918 201
E-mail: vitalita@vitalita-lehnice.sk
Web: www.vitalitalehnice.sk

Meno a priezvisko poistenca:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo poistenca:

Zdravotná poisťovňa:

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Objektívne vyšetrenie:

Záver odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SValZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

Diagnostický záver (slovom a číslom podľa MKCH-10):

Navrhujúci ošetrojúci lekár:

Odtlačok pečiatky a kód lekára:

Stanovisko VITALITA n.o. LEHNICE:

S prijatím do ústavnej liečby vo VITALITA n.o. LEHNICE
súhlasím - nesúhlasím

Podpis a odtlačok pečiatky:

**Stanovisko revízneho lekára pobočky
zdravotnej poisťovne:**

S prijatím do ústavnej liečby vo VITALITA n.o. LEHNICE
súhlasím - nesúhlasím

Meno a priezvisko revízneho lekára:

Číslo súhlasu:

Podpis a odtlačok pečiatky revízneho lekára:

VYPLNÍ POISTENEC - PACIENT:

Žiadam o prednostnú hospitalizáciu za poplatok:* (prosím, označte krížikom)

do 1 týždňa po prijatí žiadosti

do 1 mesiaca po prijatí žiadosti

Súhlasím s uvedením osobných údajov na tomto tlačive.

Podpis poistenca – pacienta:

Číslo telefónu poistenca:

Najbližší príbuzní (meno, adresa, tel. číslo):

* o poplatkoch za prednostnú hospitalizáciu sa, prosím, informujte na našej internetovej stránke alebo na telefónnom čísle uvedenom v hlavičke žiadosti