

Žiadosť o liečbu na ODCH v zdravotníckom zariadení VITALITA n.o. LEHNICE

Adresa: 930 37 Lehnice 113
Telefón /Fax: 031/5918 200 / 031/5918 201

E-mail: sekretariat@vitalita-lehnice.sk
Web: www.vitalitalehnice.sk

Meno a priezvisko poistenca:

Trvalé bydlisko:

Rodné číslo poistenca:

Zdravotná poisťovňa:

- **Medicínske odôvodnenie návrhu** (nutné vyplniť):

Cieľ liečby na ODCH (prosím označte): 1) celkové zlepšenie a) zdravotného stavu b) mobility
 c) samo obslužnosti
 2) zmiernenie bolestí iné:

Ambulantná liečba (prosím označte): 1) nemožná z dôvodu: a) imobility b) celkového oslabenia organizmu
 2) neúčinná/ málo účinná iné:.....

Predchádzajúca hospitalizácia vo Vitalita n.o. Lehnice: (prosím označte): ÁNO NIE

Efekt predchádzajúcej liečby vo Vitalita n.o. Lehnice: 1) Veľmi dobrý 2) Neutrálny 3) iné.....

- **Objektívne zhodnotenie stavu pacienta:**

Mobilita (prosím označte): 1) bez pomôcok 2) chôdza s pomôckami 3) imobilita

- **Záver odborných vyšetrení je potrebné priložiť k žiadosti.**
- **Diagnostický záver (slovom a číslom podľa MKCH-10):**

Tel./mobil navrhujúceho ošetrojúceho lekára:

Odtlačok pečiatky a kód lekára:

E-mailová adresa lekára:

Stanovisko VITALITA n.o. LEHNICE:

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

Podpis a odtlačok pečiatky:

VYPLNÍ POISTENEC - PACIENT:

Žiadam o hospitalizáciu v 1-lôžkovej nadštandardnej izbe za poplatok 15,00 € / deň (prosím, označte krížikom)

Žiadam o hospitalizáciu v 3-lôžkovej izbe s vyšším štandardom za poplatok 3,00 € / deň (prosím, označte krížikom)

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) oboznámený(á) s informáciami, ktoré sa týkajú spracúvania mojich osobných údajov v zmysle čl. 13 nariadenia GDPR a týmto informáciám plne rozumiem. Zároveň beriem na vedomie, že moje osobné údaje sú spracúvané v zmysle čl. 6. ods. 1 písm. c) nariadenia GDPR – v zmysle zákonných povinností prevádzkovateľa (počnúc zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, doplnujúcich zákonov a právnych predpisov) a taktiež som bol(a) poučený(á) o svojich právach.

Číslo telefónu poistenca:

Podpis poistenca – pacienta:

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

Okrem požadovaných údajov na žiadosti prosíme neuvádzajte žiadne Vaše požiadavky.