



Žiadosť na schválenie úhrady domácej umelej pľúcnej ventilácie

Navrhujúce zdravotnícke zariadenie

Názov:	
Ulica, obec, PSČ:	

Indikujúci lekár

Meno a priezvisko lekára:			
Kód lekára:		Kód poskytovateľa:	
Telefón:		Fax:	
		E-mail:	

Poistenec

Meno a priezvisko poistenca:			
Rodné číslo:			
Ulica, obec, PSČ:			
Telefón:		E-mail:	

Diagnóza

Slovom:		Kód diagnózy:	
---------	--	---------------	--

Ďalšie diagnózy

Slovom:		Kód diagnózy:	
Slovom:		Kód diagnózy:	

Indikovaná prístrojová liečba

Kód prístroja:	
Názov prístroja:	

Lekár, ktorý prevezme dispenzárnú starostlivosť o poistenca

Meno a priezvisko lekára:			
Kód lekára:		Telefón:	
Fax:		E-mail:	
Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:			
Ulica, obec, PSČ:			

Vyjadrenie indikujúceho lekára (TRN, NEU, ANS)

Indikujem pacienta/pacientku na liečbu domácou pľúcnou ventiláciou:

Dátum

Pečiatka a podpis lekára

Podporné a servisné centrum:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Cintorínska 5
949 01 Nitra

Fakturačné údaje:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130
iČ DPH: SK2022051130
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0800 150 155
E-mail: poskytovatel@dovera.sk
www.dovera.sk

