

## ŽÁDOST POJIŠTĚNCE O UDĚLENÍ SOUHLASU S ÚHRADOU NÁKLADŮ NA VYŽÁDANÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V ZAHRANIČÍ

### ÚDAJE O POJIŠTĚNCI:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE, POPŘ. ZMOCNĚNĚC NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zaškrtněte jednu z níže uvedených možností:

Žádám o udělení povolení k úhradě nákladů na zdravotní služby do výše dané předpisy státu léčení.

~~Žádám o udělení povolení k úhradě nákladů na zdravotní služby do výše dané předpisy státu léčení. V případě, že povolení nemůže být uděleno, žádám o posouzení a případné udělení předchozího souhlasu s náhradou vynaložených nákladů na hrazené přeshraniční služby do výše české ceny podle §14b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.~~

~~Žádám výhradně o udělení předchozího souhlasu s poskytnutím náhrady nákladů na hrazené přeshraniční služby do výše české ceny podle §14b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.~~

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

**stomatologická péče v souladu s polskými právními předpisy**

Období, v němž mají být zdravotní služby v zahraničí poskytnuty:

**od data doručení této žádosti do 31. 12. 2020**

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou vyžádaných zdravotních služeb:

**ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis

K žádosti doporučujeme přiložit následující dokumenty:

- 1) V případě, že žádost podává zmocněnec, je nutné přiložit plnou moc.