

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. ZMOCNĚNEC NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): _____

Zaškrtněte jednu z níže uvedených možností:

☒ **X** 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:

Polsko - stomatologická péče v souladu s polskými právními předpisy.

Poskytovatel, jehož prostřednictvím má být v Polsku zdravotní péče čerpána:

_____ *

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

od data vydání souhlasu do 31.12.2026.

Důvod žádosti o udělení souhlasu s úhradou vyžádaných zdravotních služeb:

ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.

V _____ dne _____

_____ podpis

K žádosti přiložte následující dokumenty:

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

* zde je potřeba uvést přesný název zdravotnického zařízení, jeho adresu, včetně NIPu a REGONu. V případě, nebudou-li uvedené údaje dostačující pro identifikaci poskytovatele, budeme Vás vyzývat k jejich doplnění.