



NÁVRH NA POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V DENNÝCH STACIONÁROCH

(účinnosť tlačiva Návrhu je od 1. 9. 2025)

Priestor na čiarový kód:

Priestor na prezentačnú pečiatku:

Zdravotnícke zariadenie:

Názov:

Ulica: Číslo: PSČ:

Mesto:

Poistenec/poistenka:

Titul, meno a priezvisko:

Rodné číslo: / Číselný kód zdravotnej poisťovne:

Bydlisko trvalé:

Bydlisko prechodné:

Lekár, ktorý poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári odporučil:

Titul, meno a priezvisko:

Kód lekára: Tel. číslo:

Fax: E-mail:

Epikríza a zdôvodnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári, vrátane navrhovanej zdravotnej starostlivosti a predpokladanej dĺžky jej poskytovania:

Poznámka:

Návrh je súčasťou zdravotnej dokumentácie v zdravotníckom zariadení denný stacionár.
Návrh je platný maximálne tri mesiace odo dňa zahájenia poskytovania zdravotnej starostlivosti.

V _____ dňa _____

podpis lekára a odtlačok pečiatky