

Meno, priezvisk, bydlisko pacienta

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

pobočka _____

Vec: Žiadosť o potvrdenie úhrady liekov indikovaných nezmluvným poskytovateľom VŠZP

Ako poistenec VŠZP, a.s. týmto žiadam o potvrdenie úhrady liekov na priložených receptoch, ktoré indikoval na základe priloženej lekárskej správy môj ošetrojúci zmluvný lekár, ktorý je pre VŠZP nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

(obchodné meno PZS)

Žiadam, že hoci je recept platný 7 dní od jeho vystavenia, aby Ste realizovali potvrdenie úhrady obratom, aby som mohol dodržať liečebný režim, ktorý odporúča môj ošetrojúci zmluvný lekár.

V _____ dňa _____

S pozdravom

Príloha:

Kópia zápisu do zdravotnej dokumentácie/lekárska správa

Vystavené recepty