

Meno, priezvisk, bydlisko pacienta

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

pobočka _____

Vec: Žiadosť o schválenie úhrady plánovaných vyšetrení SValZ a/alebo ŠAS indikovaných nezmluvným poskytovateľom

Ako poistenec VŠZP, a.s. týmto žiadam o schválenie úhrady plánovaných odberov indikovaných mojím zmluvným lekárom, nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti VŠZP:

(obchodné meno PZS)

na priložené žiadanky/ výmenné lístky.

Žiadanky/výmenné lístky žiadam označiť príslušným číslom schválenia úhrady a podpisom zodpovedného pracovníka VŠZP. Po označení žiadam žiadanky vrátiť aby som sa s nimi mohol preukázať pri plánovaných vyšetreniach.

V _____ dňa _____

S pozdravom

Príloha:

Žiadanky