

Meno, priezvisko, bydlisko pacienta

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

pobočka _____

Vec: Žiadosť o schválenie úhrady plánovaných odberov indikovaných nezmluvným poskytovateľom

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

(obchodné meno PZS)

Schválenie žiadam označiť na priložené žiadanky príslušným číslom schválenia úhrady a podpisom zodpovedného pracovníka VŠZP. Po tomto označení žiadam žiadanky vrátiť, aby ich môj lekár mohol zaslať spolu s odbermi do laboratória.

Na odbery som objednaný na termín:

(dátum odberov)

V _____ dňa _____

S pozdravom

Príloha:

Žiadanky na laboratórne vyšetrenia
(KO, Biochemia, Serológia, Mikrobiológia a podobne)