

Název zdravotní pojišťovny

Pobočka/Expozitura/Územní pracoviště v

kód pojišťovny:

evidenční číslo Potvrzení:

adresa:

spojení:

fax:

telefon:

e-mail:

p o t v r z u j e

že pojištěnec (příjmení, jméno) datum narození

pojišťovací číslo ve státě :

číslo pojištěnce v ČR :

adresa ve státě.....:

adresa v ČR :

má

podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004

podle platné smlouvy mezi Českou republikou a

od do nárok na:

věcné dávky v rozsahu nutné a neodkladné péče

lékařsky nezbytnou zdravotní péči s přihlédnutím k povaze dávek (nemoci) a předpokládané době pobytu na území ČR. Péče musí být poskytnuta tak, aby se pacient nemusel do státu pojištění vracet předčasně. Toto Potvrzení neopravňuje k čerpání péče na účet české zdravotní pojišťovny, pokud sem pacient vycestoval pouze za účelem jejího poskytnutí.

všechny věcné dávky zdravotní péče v plném rozsahu podle platných právních předpisů České republiky, jako by byl naším pojištěncem.

léčení podle zdravotní pojišťovnou přiložené kopie souhlasu příslušné instituce (zdravotní pojišťovny / nemocenské pokladny) ve smluvním státě s lékařským ošetřením

Náklady poskytnuté zdravotní péče účtujte podle metodiky samostatnou fakturou se samostatnými dávkami.

dne

razítko a podpis

* This certificate has to be submitted to the attending physician
Diese Bescheinigung ist dem behandelnden Arzt vorzulegen.