

# 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.