**LEKÁRSKE POTVRDENIE**

**K POSÚDENIU A K PRILOŽENIU ŽIADOSTI O POSKYTNUTÍ PRÍSPEVKU**

**Žiadateľ:** ( Vyplní žiadateľ/príjemca nadačného príspevku)

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Žiadosť o poskytnutie nadačného príspevku zo dňa:

**Poskytovateľ zdravotných služieb, ktorý potvrdenie vydáva:** ( Vyplní poskytovateľ zdravotných služieb)

Názov, identifikácia a adresa, odbornosť ošetrujúceho lekára:

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedený žiadateľ, ktorého mám vo svojej lekárskej starostlivosti,

1. Potrebuje ku svojej ďalšej liečbe tieto

(Zakrúžkujte príslušnú voľbu a. – f. a uveďte detailnú špecifikáciu požadovaného ):

1. Naväzujúce zdravotné služby
2. Lieky
3. Liečivé prípravky
4. Výživové doplnky
5. Kompenzačné pomôcky
6. Zdravotné pomôcky
7. Iné pomôcky – uveďte aké:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Alebo

1. Je objednaný na termín ............................................................. k

( zakrúžkujte príslušnú voľbu a. – b. a uveďte detailnú špecifikáciu požadovaného; v prípade liečby pod bodom b. uveďte aj, v akom zariadení má liečba prebehnúť – označenie a adresa):

.....................................................................................................................................................................

1. Vykonanie lekárskeho výkonu,
2. Rehabilitačná liečba v príslušnom rehabilitačnom zariadení/ v rehabilitačnom ústave/ sanatóriu/ v kúpeľnom dome pričom sa jedná o

(zakrúžkujte príslušnú voľbu 1. – 4., resp. príslušnú položku v rámci jednotlivých bodov 1.-4.

1. Zdravotné služby nehradené z verejného zdravotného poistenia, alebo
2. Liek, liečivý prípravok, biologickú liečbu predpísanú alebo indikovanú odborným lekárom, špeciálne pomôcky, špeciálny zdravotnícky prostriedok nehradený/ čiastočne hradený/ jednorázovo hradený z verejného zdravotného poistenia, alebo
3. Inkontinenčné pomôcky nad rámec systému hradeného zo strany Zdravotnej poisťovne, alebo
4. Špeciálny zdravotnícky materiál indikovaný lekárom, špecializovaným centrom typu Komplexné onko centrum, Kardiologické centrum a pod.

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť žiadateľa pre účely posúdenia jeho žiadosti o poskytnutí príspevku zo strany OBČIANSKEHO ZDRUŽENIA RECONVEL ĽUĎOM.

Dole podpísaný lekár potvrdzuje úplnosť, správnosť a pravdivosť všetkých informácií uvedených v tomto potvrdení.

V.......................................dňa.......................................

Meno, priezvisko a podpis lekára a razítko poskytovateľa zdravotných služieb:

......................................................................................