

## Potvrdenie

### ošetrujúceho lekára na účely posúdenia nároku na

/ údaje v potvrdení vyplňte paličkovým písmom, odtlačkom pečiatky )

**Dávku v hmotnej núdzi podľa § 10 ods. 5 až 8 zákona č. 599/2003Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi v znení neskorších predpisov**

**Spĺnenie podmienky podľa § 2 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

#### Ošetrujúci lekár

Meno Priezvisko .....

Názov a adresa pracoviska ošetrujúceho lekára

Ulica číslo .....

PSC Obec .....

#### Rodič dieťaťa do jedného roku veku

Meno a priezvisko .....

Dátum narodenia.....

Adresa trvalého pobytu.....

#### Dieťa do 1 roku veku

Meno a priezvisko.....

Dátum narodenia.....

Adresa trvalého pobytu .....

Potvrdzujem, že horeuvedené dieťa je v mojej lekárskej starostlivosti a horeuvedený rodič splňa podmienku preventívnych prehliadok podľa § 2 ods.1 písm. a/ zákona č. 577/2004 Z.z..

Dátum

Pečiatka a podpis

ošetrujúceho lekára

#### Poznámka:

Na základe ustanovenia § 14 zákona č. 235/1998 sa horeuvedené informácie poskytujú bezplatne