

SPLOŠNA NUJNA MEDICINSKA POMOČ, SNMP
Bohoričeva 4
1000 Ljubljana

Spoštovani!

Želite biti pregledani v ambulanti Splošne nujne medicinske pomoči. Ambulanta je namenjena bolnikom z nujnimi stanji. Prosim, da navedete naslednje podatke:

GLAVNA ZDRAVSTVENA TEŽAVA ZARADI KATERE PRIHAJATE V NAŠO AMBULANTO:

1. Kako dolgo zdravstvena težava traja?

2. Kdo je vaš osebni zdravnik, iz katerega ZD?

3. Ali sedaj ordinira? _____

4. Zakaj zdravstvenih storitev niste uveljavljali pri osebnem zdravniku?

V dnevnem času je za vaše zdravljenje pooblaščen vaš osebni zdravnik.

Ker se niste obrnili nanj, vas v skladu s 7. točko 2. odstavka 252 člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja seznanjamo z možnostjo, da boste morali pregled v naši ambulanti plačati, če ne gre za nujno zdravljenje ali nujno medicinsko pomoč.

Prosim, da izpolnite še osebne podatke in s podpisom potrdite, da so zgoraj navedeni podatki resnični in da soglašate z možnostjo, da vas v ne nujnem primeru obravnavamo kot samoplačnika.

IME IN PRIIMEK _____

DATUM ROJSTVA _____

NASLOV _____

PODPIS _____

DATUM _____