MUNI

NÁHRADA ÚČELNĚ VYNALOŽENÝCH NÁKLADŮ SPOJENÝCH S LÉČENÍM

(podle § 269 a násl. zákona č. 262/2006 Sb. zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů)

A. Údaje o postiženém:

1. Jméno a příjmení:		2. Datum narození:	
3. Rodné číslo:		4. Zdravotní pojišťovna:	
5. Adresa trvalého pobytu včetně PSČ:		6. Fakulta:	
7. Datum úrazu:	8. Místo úrazu, adresa:		

Tento úraz je vzhledem ke shora uvedeným skutečnostem úrazem studenta vysoké školy, za který odpovídá podle § 391 odst. 4 zákona č. 262/2006 Sb. vysoká škola (MU).

B. Vyúčtování lékařských nákladů (vyplňuje lékař)

Účel platby – kód (stručný popis)	Množství	Celková cena	Hrazeno pacientem	Měna	Hrazeno ZP
C E L K E M					

Potvrzuji, že výše uvedené lékařské výkony byly provedeny v souvislosti s výše uvedeným úrazem studenta vysoké školy (nemocí z povolání).

Potvrzuji, že **mám - nemám** *) uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou poškozeného.

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů):

*) Nehodící se, škrtněte.
- v případě nedostatku místa pokračujte na samostatný list

Datum .....

.....

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis lékaře, který posudek zpracoval

C. Vyúčtování lékařských nákladů – náklady na léky (vyplňuje lékař)

Trvalá medikace v souvislosti s úrazem studenta vysoké školy:

1. Jméno a příjmení:		2. Datum narození:	

představuje následující léky:

Název léku	Množství	Celková cena	Hrazeno pacientem	Měna
C E L K E M				

Za období od: ..... **do:** ..... odpovídá spotřeba přiloženému seznamu.

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů):

Datum .....

.....

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis lékaře, který posudek zpracoval

D. Vyúčtování lékařských nákladů – náklady na jízdné

Potvrzuji, že níže uvedené cesty k lékařům byly nezbytně nutné v souvislosti s výše uvedeným úrazem.

Datum	Důvod návštěvy lékaře, zařízení	Cena jízdného	Měna
C E L K E M			

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů):

Datum .....

.....

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis lékaře, který posudek zpracoval