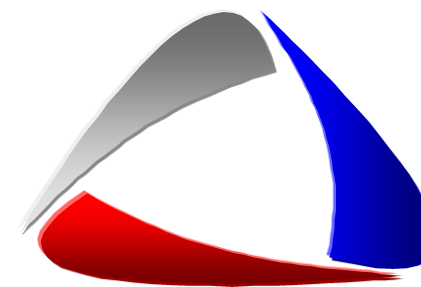


Návod na potvrdzovanie dlhodobého ošetrovného pre lekárov

na tlačivách určených Sociálnou poisťovňou

Sociálna poisťovňa, ústredie, Bratislava, 1.4.2021



Obsah

- 1) Osobná a celodenná starostlivosť a dlhodobé ošetrovné
- 2) Kto môže byť ošetrovanou osobou na účely dlhodobého ošetrovného
- 3) Kto môže potvrdiť potrebu osobnej a celodennej starostlivosti, resp. poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti
- 4) Vypĺňanie jednotlivých tlačív tzv. „dlhodobého ošetrovného“



Osobná a celodenná starostlivosť a dlhodobé ošetrovné (DOŠ)

Pod pojmom **osobná a celodenná starostlivosť v prirodzenom prostredí osoby** rozumieme v zmysle §12b zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z. osobnú a celodennú starostlivosť, ktorá sa z dôvodu ochorenia poskytuje blízkej osobe, ktorej zdravotný stav podľa potvrdenia príslušného lekára vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou z dôvodu potreby poskytovania osobnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby.

Zákon č. 467/2019 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony zavádza **nový typ nemocenskej dávky - tzv. dlhodobé ošetrovné**, resp. ošetrovné z dôvodu tzv. domácej starostlivosti.



Kto môže byť ošetrovanou osobou na účely dlhodobého ošetrovného

Nárok na dlhodobé ošetrovné bude mať poistenec, ak osobne a celodenne ošetruje:

- chorého príbuzného v priamom rade (rodič, starý rodič, prastarý rodič, ..., dieťa, vnúča, pravnúča, ...),
- choré dieťa, ktoré nie je príbuzný v priamom rade,
- chorého súrodenca,
- chorého manžela / chorú manželku
- chorého rodiča manžela alebo manželky,

ktorého zdravotný stav podľa potvrdenia príslušného lekára vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou z dôvodu potreby poskytovania osobnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby, a to za splnenia podmienok ustanovených v § 12b zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z., ak neprejavil písomný nesúhlas s vykonávaním ošetrovania poistencom.



Dlhodobé ošetrovné sa potvrdzuje na tlačivách určených Sociálnou poisťovňou

Sociálna poisťovňa na účely potvrdzovania potreby osobnej a celodennej starostlivosti určila štyri nasledovné tlačivá:

1. Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti a o prvom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti – Žiadosť o „dlhodobé“ ošetrovné / Preukázanie obdobia poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti na uplatnenie vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie,
2. Potvrdenie o poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti ďalšou osobou – Žiadosť o „dlhodobé“ ošetrovné / Preukázanie obdobia poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti na uplatnenie vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie,
3. Potvrdenie o trvaní poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti ku koncu kalendárneho mesiaca / Preukázanie obdobia poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti na uplatnenie vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie,
4. Potvrdenie o ukončení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti / Potvrdenie o ukončení potreby osobnej a celodennej starostlivosti / Preukázanie obdobia poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti na uplatnenie vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie.



Kto môže potvrdiť potrebu osobnej a celodennej starostlivosti, resp. poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti

V prípade **prvého tlačiva** pôjde o lekárov bližšie špecifikovaných v § 12b ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z. Za podmienok ustanovených v predmetnom ustanovení pôjde o:

- a. lekára zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti určeného poskytovateľom, ak u chorej osoby došlo k závažnej poruche zdravia, **ktorá si vyžiadala hospitalizáciu**, pri ktorej bola poskytovaná zdravotná starostlivosť v rozsahu **najmenej päť po sebe nasledujúcich dní**, ak je predpoklad, že jej zdravotný stav bezprostredne po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti do prirodzeného prostredia bude **nevyhnutne vyžadovať poskytovanie osobnej starostlivosti počas najmenej 30 dní**; na účely splnenia podmienky päť po sebe nasledujúcich dní hospitalizácie sa za deň hospitalizácie považuje aj deň prijatia a deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti,
- b. lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína, klinická onkológia, geriatria, vnútorné lekárstvo, gastroenterológia, hematológia a transfúziológia, hepatológia, kardiológia, nefrológia, neurológia, pneumológia a ftizeológia, reumatológia, gynekológia, anestéziológia a intenzívna medicína, algeziológia, chirurgia, ortopédia, úrazová chirurgia alebo pediatria, **ak chorá osoba je v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia.**

V prípade **druhého, tretieho a štvrtého tlačiva** pôjde v zmysle § 12b ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z. o všeobecného lekára.

V súvislosti s vystavovaním jednotlivých tlačív Sociálnej poisťovne na účely dlhodobého ošetrovného je ďalej potrebné dodržiavať zásady, ktorými sa vyššie uvedení ošetrojúci lekári budú riadiť. Jednotlivé zásady sú rozdielne podľa toho, či tlačivo Sociálnej poisťovne bude vystavovať lekár uvedený v § 12b ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z. alebo všeobecný lekár v zmysle § 12b ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 467/2019 Z. z.



Návod na vyplňanie jednotlivých tlačív dlhodobého ošetrového

Ide o tlačivá Sociálnej poisťovne, a preto v súvislosti s ich distribúciou je potrebné sa obrátiť na útvar lekárskej posudkovej činnosti pobočky Sociálnej poisťovne miestne príslušnej podľa sídla lekára. Vystavenie a potvrdenie niektorého z uvedených tlačív poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je zdravotným výkonom, ktorý uhrádza Sociálna poisťovňa.

Príslušný lekár potvrdí potrebu ošetrovania a poskytovanie starostlivosti na tlačive určenom na účely uplatnenia nároku na tzv. dlhodobé ošetrové, prípadne účely preukázania vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie z dôvodu poskytovania starostlivosti, najskôr od 1. apríla 2021 (ak v tento deň vznikol dôvod na poskytnutie tzv. dlhodobého ošetrového).

Postup lekárov pri vystavovaní a potvrdzovaní tlačív v súvislosti s uplatnením nároku na tzv. dlhodobé ošetrové je uvedený na nasledujúcich slajdoch.



Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

X

**POTVRDENIE O POTREBE OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI
A O PRVOM POSKYTOVANÍ OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI**
**ŽIADOSŤ O "DLHODOBÉ" OŠETROVNÉ/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ
STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Poistenec uplatňujúci si nárok na dlhodobé ošetrovné a jeho výplatu predloží toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistenec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Zamestnanec pred uplatnením nároku na dlhodobé ošetrovné predloží žiadosť na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

Vyplní oprávnený lekár (§12b ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.)	I. Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že fyzickej osobe	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	vznikla potreba osobnej a celodennej starostlivosti od *		
	<input type="checkbox"/> z dôvodu jej hospitalizácie trvajúcej od do t. j. najmenej päť po sebe nasledujúcich dní (vrátane dňa prijatia do a prepustenia zo zariadenia ústavnej starostlivosti), pričom zdravotný stav vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti najmenej tridsať dní alebo		
	<input type="checkbox"/> z dôvodu, že je v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia.		
	II. Potvrdenie o prvom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že ako prvý bude osobnú a celodennú starostlivosť odo dňa vzniku potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode poskytovať poistenec		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
Som si vedomý mojej povinnosti oznámiť všetky skutočnosti potvrdené v tlačive všeobecnému lekárovi ošetrovanej osoby			
2.			
MUDr. (meno, priezvisko všeobecného lekára a okres alebo miesto výkonu jeho práce)			
..... Dátum vystavenia potvrdenia			
..... Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára			

Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti a o prvom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti

Príslušný oprávnený lekár vyplní **červeným orámovanú časť** tlačiva, nasledovne:

- V časti **orámovanej modrou farbou** uvedie
 - Identifikačné údaje ošetrovanej osoby, ktorá si vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti,
- V časti označenej číslicou **1. a orámovanej zelenou farbou**
 - dôvod vzniku tejto potreby - je potrebné vybrať jednu z možností v závislosti od toho, o ktorého oprávneného lekára ide (pre viac info viď slajd č. 5)
- V časti podfarbenej **oranžovou farbou** uvedie
 - osobu, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť v prirodzenom prostredí ošetrovanej osoby **ako prvá**
- V časti označenej číslicou **2. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - údaje o všeobecnom lekárovi ošetrovanej osoby, ktorému oznámi všetky vyššie potvrdené skutočnosti (zároveň vyznačí v prepúšťacej správe indikáciu osobnej starostlivosti)
 - na potvrdení doplní dátum jeho vystavenia, doplní podpis a pečiatku

Potvrdené tlačivo je potrebné odovzdať osobe, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť ako prvá-> osoba uvedená v časti podfarbenej **oranžovou farbou**.

V prípade, ak si bude poistenec uplatňovať nárok na tzv. dlhodobé ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, ošetrojúci lekár vystaví a potvrdí tlačivo osobitne pre každé nemocenské poistenie.



Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

POTVRDENIE O TRVANÍ POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI KU KONCU KALENDÁRNEHO Mesiaca/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE

Potvrdenie vystaví ošetrojúci lekár poistenecovi, ak poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť ku koncu kalendárneho mesiaca, ak táto potreba bude trvať aspoň časť nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Potvrdenie slúži na účely výplaty "dlhodobého" ošetrovného a na účely vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie. Potvrdenie odovzdá poistnec po jeho vyplnení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistnec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Zamestnanec pred odovzdaním predloží tlačivo na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi. V prípade, ak si uplatnil nárok na ošetrovne u viacerých zamestnávateľov, samostatné potvrdenie predloží každému z nich.

Vyplní všeobecný lekár ošetrovanej osoby	I. Osoba, ktorej je poskytovaná osobná a celodenná starostlivosť		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	II. Poistnec, ktorý poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť osobe uvedenej v I. bode		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	III. Potvrdenie o trvaní/prerušení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti 1.		
	Potvrďujem, že potreba osobnej a celodennej starostlivosti ošetrovanej osobe uvedenej v I. bode a poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti osobou uvedenou v II. bode trvá ku dňu (vrátane).		
	Osoba uvedená v I. bode bola počas potreby osobnej a celodennej starostlivosti hospitalizovaná (prerušené poskytovanie starostlivosti) v nasledovných obdobiach		
	od	do	(vrátane)
od	do	(vrátane)	
od	do	(vrátane)	
IV. Potvrdenie o prechádzajúcom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti 2.			
Potvrďujem, že prechádzajúca osobná a celodenná starostlivosť z dôvodu potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode bola poskytovaná			
od	do	(vrátane)	
.....			
Dátum vystavenia potvrdenia		Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára	

Potvrdenie o trvaní poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti ku koncu kalendárneho mesiaca

Príslušný oprávnený lekár vyplní **červeným orámovanú časť** tlačiva, nasledovne:

- V časti **orámovanej modrou farbou** uvedie
 - Identifikačné údaje ošetrovanej osoby, ktorá si vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti,
- V časti podfarbenej **oranžovou farbou** uvedie
 - údaje o osobe, ktorá poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť ošetrovanej osobe
- V časti označenej číslicou **1. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - dátum, ku ktorému poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti osobou uvedenou v oranžovej časti trvá (*potvrďuje sa trvanie obdobne ako pri TDPN, t.j. v zásade k poslednému dňu príslušného mesiaca*)
 - v prípade hospitalizácie ošetrovanej (chorej) osoby aj obdobia hospitalizácie v rámci trvania potreby osobnej a celodennej starostlivosti
- V časti označenej číslicou **2. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - predchádzajúce obdobie starostlivosti o ošetrovanú (chorú) osobu, ak v priebehu potreby starostlivosti došlo k prestriedaniu viacerých poistencov
 - ak sa tlačivo potvrdzuje pre prvú osobu, ktorá poskytuje starostlivosť, túto časť nie je potrebné a ani možné vyplniť

Potvrdené tlačivo je potrebné odovzdať osobe, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť ku koncu kalendárneho mesiaca -> osoba uvedená v časti podfarbenej **oranžovou farbou**.

V prípade, ak si bude poistnec uplatňovať nárok na tzv. dlhodobé ošetrovne z viacerých nemocenských poistení, ošetrojúci lekár vystaví a potvrdí tlačivo osobitne pre každé nemocenské poistenie.



POTVRDENIE O UKONČENÍ POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI*

POTVRDENIE O UKONČENÍ POTREBY OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI*

PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE

Tlačivo odovzdá poistenec po jeho vyplnení pobočky Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistenec povinný vypísať a podpísať Čestné vyhlásenie na druhej strane žiadosti. Zamestnanec pred odovzdaním predloží tlačivo na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi. V prípade, ak si uplatní nárok na ošetrovné u viacerých zamestnávateľov, samostatné potvrdenie predloží každému z nich.

Vyplní všeobecný lekár ošetrovanej osoby	I. Osoba, ktorej je poskytovaná osobná a celodenná starostlivosť		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	II. Poistenec, ktorý poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť osobe uvedenej v I. bode		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	III. Osoba uvedená v I. bode bola počas potreby osobnej a celodennej starostlivosti hospitalizovaná (prerušené poskytovanie starostlivosti) v nasledovných obdobiach		
	od	do	(vrátane)
	od	do	(vrátane)
	od	do	(vrátane)
IV. Potvrdenie o predchádzajúcom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že predchádzajúca osobná a celodenná starostlivosť z dôvodu potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode bola poskytovaná			
od	do	(vrátane)	
V. Potvrdenie o ukončení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že osobe uvedenej v II. bode ukončujem poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti osoby uvedenej v I. bode dňom..... (posledný deň poskytovania starostlivosti).			
<input type="checkbox"/> Starostlivosť sa poskytovala menej ako tridsať dní z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu poistenca preukázaného posudkom ošetrojúceho lekára osoby uvedenej v II. bode.			
VI. Potvrdenie o ukončení potreby osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že potreba osobnej a celodennej starostlivosti o osobu uvedenú v I. bode bola ukončená dňom (posledný deň potreby).			
.....			
Dátum vystavenia potvrdenia		Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára	

Potvrdenie o ukončení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti / Potvrdenie o ukončení potreby osobnej a celodennej starostlivosti

Príslušný oprávnený lekár vyplní **červeným orámovanú časť** tlačiva, nasledovne:

- V časti **orámovanej modrou farbou** uvedie
 - Identifikačné údaje ošetrovanej osoby, ktorá si vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti a dôvod vzniku tejto potreby
- V časti podfarbenej **oranžovou farbou** uvedie
 - údaje o osobe, ktorá poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť ošetrovanej osobe
- V časti označenej číslicou **1. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - v prípade hospitalizácie ošetrovanej (chorej) osoby aj obdobia hospitalizácie v rámci trvania potreby osobnej a celodennej starostlivosti
- V časti označenej číslicou **2. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - predchádzajúce obdobie starostlivosti o ošetrovanú (chorú) osobu ak v priebehu potreby starostlivosti došlo k prestriedaniu viacerých poistencov
 - ak sa tlačivo potvrdzuje pre prvú osobu, ktorá poskytuje starostlivosť, túto časť nie je potrebné a ani možné vyplniť
- V časti označenej číslicou **3. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - deň, kedy bolo ukončené poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti ošetrovanej osobe poistencom, ktorý túto osobu ošetroval ku dňu, v ktorom sa potvrdzuje toto potvrdenie
- V časti **orámovanej fialovou farbou** uvedie
 - deň, kedy bola ukončená potreba osobnej a celodennej starostlivosti

Potvrdené tlačivo je potrebné odovzdať osobe, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť ako posledná -> osoba uvedená v časti podfarbenej **oranžovou farbou**.

V prípade, ak si bude poistenec uplatňovať nárok na tzv. dlhodobé ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, ošetrojúci lekár vystaví a potvrdí tlačivo osobitne pre každé nemocenské poistenie.



Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

X

POTVRDENIE O POSKYTOVANÍ OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI ĎALŠOU OSOBOU

ŽIADOSŤ O "DLHODOBÉ" OŠETROVNÉ/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE

Poistenec uplatňujúci si nárok na dlhodobé ošetrovné a jeho výplatu predloží toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistenec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Zamestnanec pred uplatnením nároku na dlhodobé ošetrovné predloží žiadosť na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

Vyplní všeobecný lekár ošetrovanej osoby	I. Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že fyzickej osobe	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	potvrdil oprávnený lekár potrebu osobnej a celodennej starostlivosti od *		
	<input type="checkbox"/> z dôvodu jej hospitalizácie trvajúcej od do t. j. najmenej päť po sebe nasledujúcich dní (vrátane dňa prijatia do a prepustenia zo zariadenia ústavnej starostlivosti), pričom zdravotný stav vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti najmenej tridsať dní alebo <input type="checkbox"/> z dôvodu, že je v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia.		
	II. Potvrdenie o poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti ďalšou osobou		
	Potvrdzujem, že ďalšiu osobnú a celodennú starostlivosť z dôvodu potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode bude poskytovať		
	od	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	III. Potvrdenie o prechádzajúcom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti		
A) Potvrdzujem, že poskytovanie predchádzajúcej osobnej a celodennej starostlivosti o osobu uvedenú v I. bode, bola potvrdená inej fyzickej osobe od a ukončená dňom (bez ukončenia predchádzajúceho poskytovania nemôže byť potvrdené nové poskytovanie).			
B) V predchádzajúcom období poistenec uvedený v II. bode poskytoval osobnú a celodennú starostlivosť osobe uvedenej v I. bode v týchto obdobiach (uviesť všetky obdobia)			
od	do	(vrátane)	
.....			
Dátum vystavenia potvrdenia			
Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára			

Potvrdenie o poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti ďalšou osobou

Toto tlačivo vystaví všeobecný lekár ošetrovanej osoby po tom, ako mu poistenec oznámi prevzatie ošetrovanej osoby do svojej osobnej a celodennej starostlivosti, ak bola ukončená predchádzajúca starostlivosť inou fyzickou osobou. Bez ukončenia predchádzajúceho poskytovania starostlivosti nemôže byť potvrdené nové poskytovanie starostlivosti o ošetrovanú osobu inou fyzickou osobou. Ďalší poistenec môže prevziať ošetrovanie ošetrovanej osoby najskôr po uplynutí 30 dní od predchádzajúceho prevzatia chorej osoby.

Príslušný oprávnený lekár vyplní **červeným orámovanú časť** tlačiva, nasledovne:

- V časti **orámovanej modrou farbou** uvedie
 - Identifikačné údaje ošetrovanej osoby, ktorá si vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti a dôvod vzniku tejto potreby,
- V časti označenej číslicou **1. a orámovanej zelenou farbou**
 - je potrebné vybrať jednu z možností v závislosti od toho, ktorú oprávnený lekár potvrdil potrebu osobnej a celodennej starostlivosti na prvom tlačive
- V časti podfarbenej **oranžovou farbou** uvedie
 - osobu, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť v prirodzenom prostredí chorej osoby **ako druhá, tretia, prípadne ďalšia v poradí**
- V časti označenej číslicou **2. a orámovanej zelenou farbou** uvedie
 - predchádzajúce obdobie starostlivosti o ošetrovanú (chorú) osobu
 - na potvrdení doplní dátum jeho vystavenia, doplní podpis a pečiatku

Potvrdené tlačivo je potrebné odovzdať osobe, ktorá bude poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť ako ďalšia v poradí -> osoba uvedená v časti podfarbenej **oranžovou farbou**.

V prípade, ak si bude poistenec uplatňovať nárok na tzv. dlhodobé ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, ošetrojúci lekár vystaví a potvrdí tlačivo osobitne pre každé nemocenské poistenie.

