



FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU F. D. ROOSEVELTA BANSKÁ BYSTRICA

Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica

Slovenská republika

Príloha č. 1/1 k S-A-39

### Výkaz ambulantného alebo SVALZ výkonu alebo služby

Ambulancia:		Číslo NS:	
-------------	--	-----------	--

Meno a priezvisko pacienta (klienta):	
Trvalý (prechodný) pobyt pacienta (klienta):	
Rodné / identifikačné číslo pacienta (klienta):	
Občianstvo:	
Preukaz vydaný v štáte:	
Štát, v ktorom pacient (klient) pracuje:	
Kód diagnózy podľa MKCH-SK:	
Kontakt na pacienta (príp. príbuzných):	
Poznámky:	

<i>Kód výkonu (ak je ocenený v S-A-39 v Eur)</i>	<i>Jednotková cena za výkon</i>	<i>Počet výkonov</i>	<i>Cena spolu</i>
<i>Kód výkonu (ak nie je ocenený v S-A-39 v Eur)</i>	<i>Jednotková cena za bod<sup>1</sup></i>	<i>Počet bodov<sup>2</sup></i>	
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
<b>Cena k úhrade spolu</b>			<b>€</b>

Výkaz slúži ako dodací list k faktúre alebo ako podklad na úhradu v hotovosti v pokladni.

Dátum a podpis pacienta:	Dátum a podpis zodpovedného lekára:
	Dátum a podpis pokladníka, ktorý prevzal platbu:

<sup>1</sup> Jednotková cena bodu pri ambulantných výkonoch je **0,050 Eur** a pri SVALZ výkonoch je **0,020 Eur**. Cena zobrazovacieho výkonu SVALZ (RTG, CT a MR) nezahŕňa cenu materiálu použitého pri výkone.

<sup>2</sup> V zmysle Prílohy C – Zoznam výkonov a ich bodové hodnoty opatrenia č. 07045/2003-OAP v znení neskorších predpisov.