

**Žiadosť o schválenie úhrady
zdravotného výkonu, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri
jednotlivých chorobách¹**

v súlade s § 42 ods. 5 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 v znení neskorších predpisov

Evidenčné číslo².....

Údaje o poskytovateľovi ZS – kód PZS

Názov a adresa indikujúceho PZS:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Číslo zmluvy s Union zdravotnou poisťovňou, a.s.....

Tel. kontakt³:..... fax: e-mail:

I. Údaje k zdravotnému výkonu (ďalej len „výkon“)

1. Názov výkonu a jeho krátky popis.....

2. Charakteristika výkonu⁴ diagnostický terapeutický kombinovaný

3. Výkon môže indikovať lekár⁵ so špecializáciou v

4. Ochorenia indikované podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb

- kódom....., slovom:.....
- kódom....., slovom:.....
- kódom....., slovom:.....
- kódom....., slovom:.....
- kódom....., slovom:.....

5. Požadované obdobie pre úhradu výkonu od....., do.....vs. na dobu neurčitú

6. Požiadavky na personál vykonávajúci výkon

- kategória⁶....., počet:....., špecifické vzdelanie potrebné k vykonávaniu výkonu
.....
zabezpečené inštitúciou
ukončené certifikátom.....dňa.....

¹ Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach (pre Vás ako navrhujúceho lekára a pre Union zdravotnú poisťovňu, a.s.)

² Vyplňa Union zdravotná poisťovňa, a.s.

³ Kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu

⁴ Krížikom označ zodpovedajúcu možnosť

⁵ Vypíšte všetky špecializácie špecializačným odborom, alebo certifikovanou pracovnou činnosťou, ktoré by mohli výkon indikovať

⁶ určí podľa kategorizácie zdravotníckych pracovníkov v súlade s nariadením vlády č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov a systave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov

- potreba recertifikácie⁴ ÁNO NIE
- kategória⁷....., počet:....., špecifické vzdelanie potrebné k vykonávaniu výkonu
.....
zabezpečované inštitúciou
ukončené certifikátom.....dňa.....
potreba recertifikácie⁴ ÁNO NIE

7. Požiadavky na materiálno – technické vybavenie nad rámec vybavenia v zmysle platných všeobecne záväzných právnych predpisov⁸:

- prístrojové vybavenie⁹.....
cena prístroja podľa údajov od dodávateľa¹⁰.....(vrátane DPH),
slovom.....EUR,
certifikát zhody.....dňa.....
vydaný
potreba recertifikácie⁴ ÁNO NIE
Ak áno, v akom intervale.....

8. Priemerná dĺžka trvania definovaného výkonu za optimálnych podmienok
.....(uviest' v minútach).

9. Predpokladaný počet výkonov na jedného poistenca počas 12 za sebou nasledujúcich kalendárnych mesiacov:

10. Frekvencia výkonov:

- odporúčaný interval medzi dvomi výkonmi
- v prípade, že ide o terapeutický výkon a na liečbu je potrebný cyklus, odporúčaný počet výkonov v rámci jedného cyklu je, kľudové obdobie medzi cyklami je mesiacov.

11. Prípustné kombinácie a s inými výkonmi:.....

12. Nevhodné kombinácie s inými výkonmi:.....

Dátum:

.....
podpis a pečiatka indikujúceho lekára

⁷ určí podľa kategorizácie zdravotníckych pracovníkov v súlade s nariadením vlády č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov a systave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov,

⁸ Vyhláška 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

⁹ napíš presný typ prístroja a názov, povinnou prílohou je kópia dokladu potvrdzujúceho nadobudnutie prístroja – nákup, alebo prenájom

¹⁰ prilož kópiu faktúry alebo iný doklad potvrdzujúci cenu prístroja

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

úhrada zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“) z prostriedkov verejného zdravotného poistenia bola:

schválená

neschválená¹¹

Dohodnutý číselný kód výkonu:(maximálne 4 miestny)

Dohodnutý spôsob vykazovania:.....

Názov výkonu:

Schválené indikácie kódom podľa MKCH-10:

Laboratórny, alebo symptómový parameter ako kritérium k indikácii výkonu:.....

Schválené špecializácie lekára pre indikovanie výkonu:.....

Podmienka pre personálne zabezpečenie :

Podmienka pre mat.-techn. zabezpečenie :

Obmedzenie k trvaniu, frekvencii, počtu a iným charakteristikám vykonávania výkonu:

- Odporúčané trvanie:.....minút
- Odporúčaný interval medzi dvoma výkonmi:.....dní
- Ak ide o terapeutický výkon a je vykonávaný v cykloch:
 - odporúčaný počet výkonov v 1 cykle:.....
 - predpokladaný počet cyklov:.....
 - odporúčaný interval medzi 2 cyklami:.....
 - kritérium na pokračovanie:.....
- Ak ide o diagnostický výkon:
 - kritérium na opakovanie výkonu u tohto istého poistenca s tým istým ochorením:
.....

- Súčasť diagnostického alebo terapeutického protokolu¹¹? Áno Nie
- Povolená kombinácia s týmito výkonmi.....
- Nepovolená kombinácia s týmito výkonmi.....
- Iné špecifikácie.....

Dohodnutá cena výkonu:.....,-EUR (slovomEUR)

Schválená výška úhrady z verejného zdravotného poistenia¹²:.....% (slovom%)

Platnosť súhlasu od:do.....

Evidenčné číslo súhlasu:

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka schvaľujúceho revízneho lekára

.....
podpis riaditeľa
úseku revíznych a zdravotných činností

¹¹ Krížikom označ zodpovedajúcu možnosť

¹² Úhrada výkonu je podmienená dodržiavaním podmienok uvedených v súhlase