

Žiadosť o schválenie liečby syndrómu spánkového apnoe pomocou ventilačného prístroja Respironics *

v zmysle § 5 zákona č. 577/2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Tel. kontakt:** fax: e-mail:

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: **Rodné číslo:**

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa:**

Tel. kontakt:** fax / e-mail:

Diagnóza slovom: **MKCH 10**

Indikačné kritériá:

pacient bez pridružených ochorení	AHI > 25	
	desaturácia SaO ₂ (< 80%)	
pacient so SaS alebo hypoventilačným syndrómom a následnými kardiovaskulárnymi komplikáciami	spánkové arytmie verifikované pomocou Holter EKG	
	arteriálna hypertenzia (potvrdená súvislosť so SaS polysomnograficky + Holter EKG	
	nočná ischémia pri SaS verifikovaná Holter EKG	
	koincidencia SaS a st. po NCMP	
	neuropsychické poruchy	
priechodnosť nosa		
spolupráca pacienta		

Iné zdôvodnenie liečby:

.....

dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

Pozn.: K žiadosti priložiť vyplnený poukaz na zdravotnícku pomôcku !

* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach!

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

Vyjadrenie hlavného odborníka MZ SR k indikácii na liečbu pomocou ventilačného prístroja

s navrhovanou liečbou: súhlasím / nesúhlasím***

Zdôvodnenie:

.....

.....

.....

.....

Dátum: podpis a pečiatka hlavného odborníka MZ SR

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s. po prerokovaní žiadosti v Komisii pre schvaľovanie finančne náročnej liečby, liekov a zdravotníckych pomôcok:

poskytnutie a úhrada navrhovanej liečby bola **schválená / neschválená *****

Názov zdravotníckej pomôcky: Kód:

Zdôvodnenie:.....

.....

.....

.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho farmaceuta

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

.....
podpis riaditeľa
Úseku revíznych a zdravotných činností

*** Nehodí sa prečiarknuť