

Žiadosť o schválenie poskytnutia elektrického, invalidného vozíka

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

Vyplní predpisujúci lekár

1. časť

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Tel. kontakt: fax: e-mail:

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

Názov elektrického vozíka: **Kód:**

Základná diagnóza slovom: **MKCH 10:**

Vedľajšie diagnózy:

Výška poistenca :cm

Hmotnosť poistenca:kg

Zdôvodnenie predpísania elektrického vozíka:

Požadované špeciálne úpravy: áno / nie *

Popis špeciálnych úprav:

Zrakovú schopnosť k vedeniu elektrického vozíka poistenec: má / nemá *

Doplňujúce lekárske nálezy podľa charakteru základnej diagnózy a stanoviská odborných lekárov v tretej časti tlačiva.

Dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

* Nehodiace sa prečiarknuť

Meno a priezvisko poistenca: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa:**Tel. kontakt:** fax / e-mail:**Životné podmienky poistenca v mieste používania elektrického vozíka:**

vybratú možnosť označte krížikom

Prostredie: mesto vidiek rodinný dom byt **Terén v okolí bydliska:** rovinatý kopcovitý **Prístup do domu/bytu bezbariérový:** áno nie **výťah:** áno nie osobný nákladný šírka dverí výťahu: cm**Najmenšia šírka dverí v byte/dome:** cm**Bývam:** sám s rodinou v zariadení soc. služieb(penzión a pod.) **Sebestačnosť:** úplne sebestačný čiastočne sebestačný nutná pomoc druhej osoby **Predpoklad užívania vozíka:** len v interiéri prevažne v interiéri len v exteriéri **Držiteľ vodičského oprávnenia:** áno nie **Zdôvodnenie žiadosti o poskytnutie elektrického vozíka:**
.....
.....
.....
.....
.....**Doteraz používaný vozík:**

Mechanický vozík (značka, typ)..... od roku:.....

Elektrický vozík (značka, typ)..... od roku:.....

Vyhlásenie poistenca:

Prehlasujem, že nevlastním iný mechanický alebo elektrický vozík pridelený zdravotnou poisťovňou alebo v minulosti štátnou správou. Invalidný vozík evidovaný ako majetok zdravotnej poisťovne Union, a.s. vrátim podľa dispozícií.

Dátum:

.....

podpis žiadateľa

Oftalmologické vyšetrenie

na vyžiadanie predpisujúceho lekára, ak nie je možné jednoznačne posúdiť zrakovú schopnosť k riadeniu elektrického vozíka

podľa záveru vyšetrenia poistenec: je schopný / nie schopný *

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

priložiť nález

Neurologické vyšetrenie

Záver vyšetrenia:
.....
.....

podľa záveru vyšetrenia je elektrický vozík indikovaný: áno / nie *

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

priložiť nález

Ortopedické vyšetrenie

nie je potrebné pri jednoznačnej neurologickej diagnóze

Záver vyšetrenia:
.....
.....

podľa záveru vyšetrenia je elektrický vozík indikovaný: áno / nie *

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

priložiť nález

Psychologické vyšetrenie

Záver vyšetrenia:
.....
.....

podľa záveru vyšetrenia je poistenec schopný: áno / nie *

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

priložiť nález

Vyplní servisný technik**časť 4**

v prípade, že poistenec používa elektrický vozík a nárokuje si poskytnutie nového elektrického vozíka

Popis technického stavu elektrického vozíka používaného poistencom :**Názov elektrického vozíka** (typ, značka)..... **výr. číslo:**

jednotlivé časti vozíka	popis podľa skutkového stavu	miera opotrebenia	nutnosť opravy áno - nie	predpokladaná cena za opravu
nosná konštrukcia – rám				
	bol opravovaný zvaraním: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
stav pohonných jednotiek				
stav akumulátorov				
stav elektroniky				
kolesá – plášte				
opotrebovanie čalúnenia				

Sú poškodené diely doposiaľ vyrábané: áno nie **Ďalšie upozornenie na technický stav vozíka:**

.....

Zhodnotenie celkového technického stavu vozíka:

.....

.....

Na základe obhliadky a kontroly odporúčam: opravu vozíka predpoklad predĺženia životnosti vozíka po oprave rokov vyradenie vozíkaHodnotenie technického stavu vykonal:
čitateľné meno a priezvisko technika

Dňa

.....

podpis a pečiatka

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

poskytnutie a úhrada navrhovanej zdravotníckej pomôcky bola **schválená / neschválená***

Názov zdravotníckej pomôcky:

Kód zdravotníckej pomôcky:

Schválené množstvo :

Pridelený interný kód zdravotníckej pomôcky:**

Evidenčné číslo výnimky:**

Zdôvodnenie:.....
.....
.....
.....
.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho farmaceuta

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

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

* nehodiace sa prečiarknuť

** vyplní sa iba v prípade, že schválená pomôcka nie je uvedená v zozname zdravotníckych pomôcok plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia