

Žiadosť o súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou schválenej / registrovanej zdravotníckej pomôcky

neuvedenej v zozname zdravotníckych pomôcok

V súlade s § 88 ods. 7 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov

Zdravotnícke zariadenie:

Ulica, číslo, mesto, obec:..... PSČ.....

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:

Kód ošetrojúceho lekára: telef. kontakt.....

Meno a priezvisko poistenca VŠZP

Číslo poistenca (rodné číslo)

Trvalý pobyt PSČ.....

pobočka VŠZP

Diagnóza slovom kód podľa MKCH

Navrhovaná zdravotnícka pomôcka (ZP), ktorá nie je uvedená v platnom zozname zdravotníckych pomôcok uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia:

Kód ŠÚKL: L 1130A

Podskupina: L5.1 Kočík, skladací z boku

Názov: Kočík špeciálny MAMALU

Doplňok názvu: skladací

Číslo schvaľovacieho výmeru, certifikátu, Identifikačný list ZP, Vyhlásenie o zhode (priložiť kópiu platného schvaľovacieho výmeru): pomôcka je schválená ŠÚKL - L 1130A

množstvo (počet kusov / balení) 1ks

na obdobie: 3 roky

predpokladaná doba používania ZP: 3 roky

cena za ks / balenie: **cenová ponuka od distribútora** / úhrada skup.L5.1 = 402,05 Eur

(pri 1. súhlase alebo pri zmene ceny v opakovanom súhlase - potvrdiť cenu distribútorom)

Doteraz predpísané zdravotnícke pomôcky:

kód ŠÚKL

názov

odôvodnenie nevhodnosti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Odôvodnenie žiadosti prečo nie je možné použiť funkčne porovnateľné ZP uvedené v zozname zdravotníckych pomôcok:

.....

.....

Zdravotné odôvodnenie navrhovanej ZP (vrátane množstva ZP)

.....

.....

.....

Dátum.....

.....
Podpis a odtlačok pečiatky
ošetrojúceho lekára