

Žiadosť o schválenie poskytnutia elektrického vozíka

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 predpisania 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, domov dôchodcov 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.

Dátum:

.....
podpis žiadateľa

Oftalmologické vyšetrenie

podľa záveru vyšetrenia poistenec: je schopný* / nie schopný* ovládať samostatne elektrický vozík v interiéri* v exteriéri*

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

* nehodiace sa prečiarknuť

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 poistenec: je schopný* / nie schopný* ovládať samostatne elektrický vozík v interiéri* v exteriéri*

dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

priložiť nález

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 zvaráním: áno↑ nie↑			
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 vozíka

Hodnotenie technického stavu vykonal:

čitateľné meno a priezvisko technika

Dňa

.....

podpis a pečiatka

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s. :

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

Názov zdravotníckej pomôcky:

Kód zdravotníckej pomôcky:

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

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

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

* nehodiace sa prečiarknuť