



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Žiadosť o súhlas s poskytnutím prenájmu prístroja dlhodobej domácej oxygenoterapie (DDOT)

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca:

Číslo poistenca (rodné číslo):

Adresa poskytovania prístroja:

Telefónne číslo na kontaktnú osobu:

Indikovaná prístrojová liečba koncentrátorom kyslíka

Kód prístroja:

Názov prístroja:

Dávkovanie kyslíka: hodín/deň

Prietok kyslíka: l/min

Indikujúce centrum DDOT

Názov centra DDOT:

Adresa centra DDOT:

Kód PZS:

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:

Kód indikujúceho lekára:

Telefónne číslo na indikujúceho lekára:

Email kontakt na indikujúceho lekára:

Pneumológ, u ktorého bude poistenec dispenzarizovaný

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Názov a adresa PZS:

Kód PZS lekára:

Telefónne číslo na lekára:

Email kontakt na lekára:

Indikácia liečby

Kód diagnózy podľa MKCH:

Diagnóza slovom:

Predchádzajúca liečba:

Kyslíkový test:

Dátum realizácie kyslíkového testu:

Miesto realizácie kyslíkového testu:

Výsledky kyslíkového testu:

	parciálny tlak O ₂ v kPa	parciálny tlak CO ₂ v kPa
bez O ₂		
O ₂l/min		

Dôkladné medicínske odôvodnenie žiadosti (podľa indikačných kritérií):

Čestné prehlásenie poistenca o fajčení

Poistenec fajčí:

áno nie

Počet mesiacov abstinencie od fajčenia:

Poistenec svojim podpisom potvrdzuje správnosť údajov. Zistenie nesprávnosti uvedených údajov, alebo nedodržanie zákazu fajčenia poistenca ako aj všetkých osôb žijúcich v spoločnej domácnosti, bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum a podpis poistenca:

Informovaný súhlas poistenca

Poistenec svojím podpisom potvrdzuje, že bol poučený o prevádzkovo-technických podmienkach dlhodobej domácej oxygenoterapie a je schopný zabezpečiť a rešpektovať potrebné prevádzkové podmienky prístroja. Nedodržanie uvedenej doby inhalácie kyslíka a nerešpektovanie prevádzkových pokynov dlhodobej domácej oxygenoterapie, bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum a podpis poistenca:

Dátum vypísania žiadosti:

podpis a pečiatka indikujúceho lekára

Po vyplnení žiadosti zmluvným PZS zaslať žiadosť (1x originál) na GR VŠZP.