

obecný kód
pro vlhké hojení

Kód pojišťovny		ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ)		Čís. schválení	
		výkonu – léčiva – ZP – ostatní		Předběžně dne	
Pro pacienta			Čís. pojištěnce		
(zařízení)			IČP		
Sk	Kód	Název			
01	0 0 8 2 7 4 7	KRYTÍ VLHKÉ			
Specifikace požadavku:				Počet provedení	
INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY				balení	
PROSTŘEDKY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN				9 9 9	
Zdůvodnění:				ks	
DETAILNÍ POPIS RÁNY/STAVU, Z DŮVODU				km	
PŘEJEJITÍ PROBLÉMŮ PŘI PŘEDEPISOVÁNÍ				Platnost do	
U NOVÉHO/OBNOVENÉHO DEFEKTU				0 1 0 6 2 0	
DATUM ZAHÁJENÍ LÉČBY: 1. 1. 2020				Dne:	
				1. 1. 2020	

universální
množství

datum
vystavení
+ 6 měsíců

datum vystavení
shodné se
začátkem léčby

uvedení data
počátku léčby

Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP:

razítko a podpis žadatele

Kód pojišťovny		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU				skupina a kód konkrétního ZP		skutečný počet (formát 001 = 1 ks)	
poř. č.						skupina a kód konkrétního ZP		skutečný počet (formát 001 = 1 ks)	
Příjmení a jméno			DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY			Ev. č.			
Číslo pojištění			oprava – úprava pomůcky			Pomůcka nová / repasovaná*))nehodící se škrtněte!			
Bydliště (adresa)			Sk			Kód			
Bydliště (adresa)			0 1 5 0 0 0 4 8 6			Počet			
Bydliště (adresa)			0 0 1 0 0			Cena			
Bydliště (adresa)			SORELEX ANTIMIKROBIÁLNÍ KRYTÍ			Cena pomůcky			
Bydliště (adresa)			Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny			Datum:			
Bydliště (adresa)			SCHVÁLENO RL			1. 1. 2020			
Bydliště (adresa)			5 PLATNOSTÍ DO 01. 06. 2020			razítko výdejce			
Bydliště (adresa)			RAZÍTKO A PODPIS OL			datum zahájení léčby + 6 měsíců			
Bydliště (adresa)			razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře						

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY

Ev. č.

Číslo pojištění

f.

oprava – úprava pomůcky

Pomůcka nová / repasovaná*)
)nehodící se škrtněte!

Bydliště (adresa)

Sk

Kód

Počet

Cena

0 1 5 0 0 0 4 8 6 0 0 1 0 0

SORELEX ANTIMIKROBIÁLNÍ KRYTÍ

Cena pomůcky

I

hradí pojišťovna

Dg.

C

spoluúčast pacienta

Pomůcka trvalá / dočasná*)
)nehodící se škrtněte!

P

hradí pacient

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Dne:

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum:

RAZÍTKO A PODPIS OL

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

RAZÍTKO A PODPIS OL

datum zahájení léčby
+ 6 měsíců

razítko výdejce

POSTUP PŘI PRESKRIPCI V OBDOBÍ PRVNÍCH 6 MĚSÍCŮ LÉČBY

Ošetřující lékař na začátku léčby pomocí prostředků na vlhké hojení ran vyplní současně:

1. **Žádanku o schválení (povolení)** - doklad VZP 21/2006
2. **Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku** - doklad VZP 13/2009

U tohoto typu zdravotnických pomůcek se jedná o **odložené schvalování úhrady revizním lékařem**.

V období prvních 6 měsíců léčby však **musí být zdravotní pojišťovna informována** o datu zahájení léčby i o lokalizaci defektu, pro který je léčba vlhkým krytím indikována a předepsána.

Na žadance musí být vyplněny veškeré údaje identifikující pojištěnce a předepisující zdravotnické zařízení.

Vyplněná žádanka musí být odeslána na místně příslušné smluvní pracoviště zdravotní pojišťovny pacienta. Tato žádanka po jejím zpracování pojišťovnou bude poslána lékaři zpět, jako formální a automatický souhlas.

Při předpisu poukazu nemusí ošetřující lékař čekat na vrácení žádanky od revizního lékaře. Pokud ale bude čekat, hrozí poškození pacienta. Současně s vyplněním a odesláním žádanky tedy ošetřující lékař vyplní i **poukaz, na kterém se uvádí konkrétní kód indikovaného ZP z číselníku a skutečné požadované množství.**

V poukazu se uvede, že byl schválen RL s platností na 6 měsíců od data vystavení poukazu (viz. vzor). Tento vyplněný poukaz **ošetřující lékař rovnou předá pojištěnci** k vyzvednutí vlhkého krytí bez dalšího odkladu.

Při dalším předepisování materiálů pro popsaný defekt uvedený na první žadance během prvních 6 měsíců od zahájení léčby, **již ošetřující lékař žádanku nevystavuje.** Lékař vystavuje již pouze poukaz.

POSTUP PŘI PRESKRIPCI PO UPLYNUTÍ 6 MĚSÍCŮ LÉČBY

Po uplynutí prvních 6 měsíců od zahájení léčby je postup při preskripci standardní jako u každého prostředku, jehož úhrada vyžaduje předchozí souhlas revizního lékaře. Ošetřující lékař tedy vypíše **novou žádanku** a zašle ji na místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny pacienta. Poukaz ale může být vyplněn a předán pojištěnci **až po obdržení souhlasu RL.**