



# Sorelex

MANUÁL PRO PRESKRIPCI ZP



## Jednoduchý postup preskripce ZP Sorelex

- Výrobek Sorelex firmy Contipro patří v číselníku VZP do skupiny 01 – obvazový materiál. Ten předepisuje na poukaz smluvní lékař pojišťovny odbornosti chirurg, diabetolog, dermatolog, geriatr, internista, angiolog/flebolog a po delegaci specialisty může předepisovat i praktický lékař dle typu zdravotnického prostředku.
- Schvalování revizním lékařem je první 3 měsíce léčby automatické a slouží pouze k evidenci pojišťovny. Lékař vyplňuje Žádanku (vzor I. viz níže) a Poukaz (vzor II. viz níže).
- Poukaz se již neposílá na schválení RL, nově jej lékař předává přímo pacientovi k vyzvednutí ZP bez dalšího odkladu.
- Následně je po 3 měsících nutné schválení revizním lékařem.

Sorelex

## Vyplnění žádanky

- Při prvním předepsání uveďte skupinu 01 a obecný kód VZP zdravotnického prostředku 0082747 (Krytí vlhké). Počet balení zvolte univerzálně 999.
- V části „Specifikace požadavku“ vyplňte text „Informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran.“
- Uveďte co nejpodrobnější popis defektu, aby bylo v budoucnu možné snadněji odlišit recidivu nebo nový defekt. Uveďte datum zahájení léčby shodné s datem vystavení prvního Poukazu. Žádanku odešlete na příslušnou pojišťovnu pacienta.
- Proč je třeba odlišovat recidivu a novou ránu od pokračování léčby původní rány? I na recidivu se totiž pohlíží jako na novou ránu a znovu se tak počítají 3 měsíce léčby, kdy není třeba schválení revizním lékařem.

Sorelex

## Vyplnění poukazu

- Spolu se Žádankou vyplňte i první Poukaz na léčebnou pomůcku. V tomto poukazu uveďte skupinu ZP a kód a název konkrétního zdravotnického prostředku a skutečně požadované množství.
- Schválení revizním lékařem se uvádí na dobu tří měsíců od počátku léčby ve formátu dd.mm.rrrr. Příklad: Počátek léčby na Žádance a Poukazu je 01. 01. 2017, tedy na Poukazu uveďte datum 01. 04. 2017.
- Poukaz předejte přímo pacientovi, není nutné ho odesílat reviznímu lékaři.

Sorelex

## Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních tří měsíců léčby

- Po uplynutí období tří měsíců od vystavení první Žádanky informující VZP ČR o zahájení léčby se v případě potřeby pokračující/nové léčby pomocí prostředků pro vlhké krytí postupuje standardně jako u každého prostředku, jehož úhrada vyžaduje předchozí oficiální souhlas revizního lékaře (v Číselníku VZP – ZP označeno symbolem Z v sloupci Limit).
- Ošetřující lékař vystaví novou Žádanku s uvedením konkrétního kódu krytí, požadovaného počtu balení, specifikace požadavku, zdůvodnění atd. Žádanku zašle na místně příslušné pracoviště VZP ČR.
- Poukaz může být vyplněn a předán pacientovi až po obdržení souhlasu RL.

Sorelex

## Vzor I. - ŽÁDANKA na vlhké krytí během prvních tří měsíců léčby rány

Obecný kód pro vlhké hojení

|  |   |       |                           |       |
|--|---|-------|---------------------------|-------|
| Kód pojišťovny   | <b>ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ)</b><br>výkonu – léčiva – ZP – ostatní |       | Čís. schválení            |       |
|  |   |       | Předběžně dne             |       |
| Pro pacienta<br>(zařízení)   | Čís. pojištěnce   |       |                           |       |
|  | IČP   |       |                           |       |
| Sk 01  | Kód 0 0 8 2 7 4 7   | Název | KRYTÍ VLHKÉ               |       |
| Specifikace požadavku:   |   |       | Počet provedení           |       |
| INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY<br>PROSTŘEDKY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN  |   |       | balení                    | 9 9 9 |
| Zdůvodnění:  |   |       | ks                        |       |
| DETAILNÍ POPIS RÁNY/STAVU, Z DŮVODU<br>PŘEDEJITÍ PROBLÉMŮ PŘI PŘEDEPISOVÁNÍ<br>U NOVÉHO/OBNOVENÉHO DEFEKTU |   |       | km                        |       |
| DATUM ZAHÁJENÍ LÉČBY: 1.1. 2017  |   |       | Platnost do 0 1 0 4 1 7   |       |
| Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP:  |   |       | Dne:<br>1.1. 2017         |       |
|  |   |       | razítko a podpis žadatele |       |

Univerzální množství

Datum vystavení + 3 měsíce

Uvedení data počátku léčby

Datum vystavení shodné se začátkem léčby

VZP-21/2006

datum, razítko a podpis

Sorelex

## Vzor II. - POUKAZ na vlhké krytí během prvních tří měsíců léčby rány

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Kód pojišťovny  |  | <b>POUKAZ NA LÉČEBNOU<br/>A ORTOPEDICKOU POMŮCKU</b>                                     |  | poř. č.  |  |
| Příjmení a jméno  |  | <b>DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY</b>   |  | Ev. č.   |  |
| Číslo pojištěnce  |  | oprava – úprava pomůcky  |  | Pomůcka nová / repasovaná <sup>*)</sup><br><small>*) nehodící se škrtněte!</small> |  |
| Bydliště (adresa)   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> I hradí pojišťovna<br><input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta<br><input type="checkbox"/> P hradí pacient                             |  | Sk Kód Počet Cena<br>0 1 0 1 7 2 2 3 5 0 0 1 0 0<br><b>SORELEX ANTIMIKROBIÁLNÍ KRYTÍ</b> |  |  |  |
| Dg.   |  | Cena pomůcky   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Pomůcka trvalá / dočasná <sup>*)</sup><br><small>*)nehodící se škrtněte!</small><br><input type="checkbox"/> Pomůcka dočasná na počet měsíců |  | Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny   |  | Datum:   |  |
| Dne:  |  | SCHVÁLENO RL<br>PLATNOST DO 01. 04. 2017   |  | 1.1. 2017  |  |
| RAZÍTKO A PODPIS OL<br>razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře  |  | RAZÍTKO A PODPIS OL  |  | razítko výdejce  |  |

Skupina a kód  
konkrétního ZP

Skutečný počet (formát  
001 = 1 ks)

Vyplňuje OL, datum zahájení  
léčby + 3 měsíce

Sorelex