

**Žiadosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti k zaradeniu jednorazovej zdravotnickej pomôcky (ďalej len „JZP“) do systému osobitných úhrad z verejného zdravotného poistenia**

Údaje o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti	
Názov a adresa	
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti	
Kontaktná osoba ( <i>uviesť kompetentnú osobu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i> )	
Telefón	
Email	
Fax	
Meno a priezvisko žiadajúceho lekára ( <i>prednosta kliniky, resp. primár oddelenia, resp. žiadajúci lekár v prípade, že u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nie je zriadená pozícia prednostu, resp. primára</i> )	
Telefón	
Email	
Fax	

Údaje o JZP	
Názov JZP	
Kód JZP pridelený ŠÚKL-om	

**Podrobná charakteristika JZP (súčasťou je aj dostupný informačný materiál o JZP, ktorý sa dokladá osobitne k tejto žiadosti)**

--

**Medicínske odôvodnenie zaradenia novej JZP do systému osobitnej úhrady z verejného zdravotného poistenia a porovnanie s doteraz používaným spôsobom liečby (uviesť výhody a prínos pre pacienta)**

--

--

Indikačné kritériá pre používanie JZP

Predpokladaná početnosť použitia JZP u poistencov Union zdravotnej poisťovne, a.s. za kalendárny rok	

Cena JZP (vyžaduje sa kópia obstarávacieho dokladu)	Jednotkové balenie	Jednotková cena

#### Čestné prehlásenie

Prehlasujeme, že jednorazová zdravotnícka pomôcka nebude využívaná na experimentálne účely, ale len na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Miesto

Dátum

\_\_\_\_\_

podpis a pečiatka prednostu kliniky, resp. primára oddelenia, resp. žiadajúceho lekára

\_\_\_\_\_

podpis a pečiatka štatutárneho zástupcu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti