



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského
súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

Žiadosť o schválenie prenájmu monitora dychu pre bábätká¹

v súlade s § 42 ods. 5 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Evidenčné číslo² žiadosti (vyplní poverený zamestnanec Union zdravotnej poisťovne, a.s.)

1. Identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS)

Názov a adresa indikujúceho PZS:

Meno a priezvisko lekára:

2. Údaje o dieťati – poistencovi³

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum narodenia:

Diagnóza: Z29.8 Iné bližšie určené profylaktické postupy

Názov zdravotníckej pomôcky: Monitor dychu

3. Zákonný zástupca poistenca

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Telefón:

Telefón 2:

Adresa bydliska:

4. Adresa inštalácie prístroja

Ulica č. domu:

Obec:

PSČ:

pečiatka a podpis indikujúceho lekára

Podmienky na schválenie žiadosti o požičanie a o inštaláciu domáceho monitora dýchania/ úhrady domáceho monitorovania dýchania z verejného zdravotného poistenia.

- Poistenec (dieťa) musí mať platný poistný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a. s., na základe potvrdenej prihlášky v čase schvaľovania a po celú dobu zapožičania domáceho monitora dýchania.
- Aspoň jeden rodič (zákonný zástupca) poistenca musí mať platný poistný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a.s,
- Poistenec (dieťa) musí mať samostatnú postieľku.
- Zdravotná poisťovňa uhrádza zapožičanie prístroja z verejného zdravotného poistenia maximálne do dovŕšenia 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284831
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského
súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 3832/B

Podmienky na odňatie domáceho monitora dýchania/ukončenia úhrady domáceho monitorovania dýchania z verejného zdravotného poistenia

1. Skončenie poistného vzťahu poistenca (dieťaťa) v Union zdravotnej poisťovni, a. s.
2. Dovŕšenie 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).⁴
3. Hospitalizácia poistenca (dieťaťa) v ústavnom lôžkovom zariadení.
4. Nedodržanie podmienok na inštaláciu prístroja:
 - a) zistenie, že poistenec (dieťa) nemá samostatnú posteľku.
 - b) zistenie, že poistenec (dieťa) nespáva v samostatnej posteľke.

Úhrada bude realizovaná ku dňu predchádzajúcemu dňu, na ktorý sa viažu podmienky odňatia domáceho monitora dýchania podľa bodov 1 až 4.

5. Informovaný súhlas zákonného zástupcu a súhlas so spracovaním osobných údajov

Svojím podpisom potvrdzujem, že:

- svojím podpisom potvrdzujem, že som porozumel podmienkam na požičanie a na inštaláciu domáceho monitora dýchania, ako aj podmienkam na jeho odňatie. Potvrdzujem, že poistenec (dieťa), ktorého som zákonným zástupcom je poistencom Union zdravotnej poisťovne, a. s. (má svoj vlastný preukaz poistenca Union zdravotnej poisťovne, a. s.) a má svoju vlastnú posteľku, v ktorej spí. Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru monitoringu dýchania, ako aj tomu, že tento prístroj nie je život zachraňujúci, ale len informujúci o vzniku zástavy dýchania. Som si vedomý, za akých podmienok bude ukončená úhrada z verejného zdravotného poistenia a v prípade, ak nastane niektorá z týchto podmienok, súhlasím s odňatím prístroja a ukončením úhrady.
- súhlasím so spracovaním svojich osobných údajov uvedených na tejto žiadosti za účelom zapožičania a inštalácie domáceho monitora dýchania pre poistenca. Súhlas je poskytnutý na dobu do ukončenia zapožičania domáceho monitoru dychu. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať, pričom odvolanie nemá spätné účinky.

Dátum: Podpis zákonného zástupcu:

6. Overenie poistného vzťahu poistenca (dieťaťa)

Meno a priezvisko: Rodné číslo:

je poistencom Union zdravotnej poisťovne, a. s.:

7. Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.

podpis overujúceho zamestnanca
Union zdravotnej poisťovne, a. s.

poskytnutie a úhrada navrhovanej liečby bola

schválená/neschválená

V Bratislave dňa:

podpis a pečiatka revízneho lekára
Union zdravotnej poisťovne, a. s.

¹ Žiadosť vyplňte v dvoch exemplároch (pre Vás ako navrhujúceho lekára a pre Union zdravotnú poisťovňu, a. s.) a jeden exemplár žiadosti zašlite, prípadne odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Union zdravotnej poisťovne, a. s., na schválenie. Pri zasielaní poštou na obálku uveďte "Monitor dychu".

² Vyplní Union zdravotná poisťovňa, a. s.

³ Poistenec musí byť poistencom Union zdravotnej poisťovne, a. s.

⁴ Napríklad: ak sa poistenec narodil 01.01.2021, Union zdravotná poisťovňa, a.s. uhrádza zapožičanie prístroja na monitorovanie do 30. 6. 2021, aj keď bude žiadosť podaná napr. 15. 3. 2021 (t. j. nie 6 mesiacov od podania žiadosti).

Bližšie informácie o poskytovaní prenájmu monitora dychu nájdete na webovom sídle Union zdravotnej poisťovne, a.s. Union zdravotná poisťovňa, a.s. si vyhradzuje právo na zmenu podmienok schvaľovania. O týchto zmenách budú žiadatelia informovaní prostredníctvom webového sídla Union zdravotnej poisťovne, a. s.)