

## Žiadosť o schválenie profylaktickej liečby SIDS – domácim monitorom dýchania – NANNY<sup>1</sup>

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 číslo<sup>2</sup>

### I. Identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS)

#### Kód PZS

Názov a adresa indikujúceho PZS:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Telefón:

Fax:

E-mail:

### II. Údaje o novorodencovi – poistencovi<sup>3</sup>

Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia:

Diagnóza: Z29.8 Iné bližšie určené profylaktické postupy

Názov zdravotníckej pomôcky: **Baby monitor Nanny BM-01, BM-02**

Kód ŠUKL: **P 73929**

#### II.1. Zákonný zástupca poistenca (matka)\*:

Priezvisko:

Meno:

Telefón:

E-mail:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia:

Poistenec Union ZP číslo IČP\*\*:

#### II. 2. Zákonný zástupca poistenca (otec)\*:

Priezvisko:

Meno:

Telefón:

E-mail:

Adresa bydliska:

Dátum narodenia:

Poistenec Union ZP číslo IČP\*\*:

### III. Adresa inštalácie prístroja:

Ulica, č. domu:

Obec:

PSC:

Dátum:

.....  
pečiatka a podpis indikujúceho lekára

\* V prípade, že ide o osamelého rodiča – údaje o ďalšom rodičovi poistenca sa nevyplňajú.

\*\* IČP – identifikačné číslo poistenca uvedené na prednej strane preukazu poistenca Union zdravotnej poisťovne, a. s.

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

- Poistenec (dieťa) musí mať platný poisťný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a. s., na základe potvrdenej prihlášky v čase schvaľovania a po dobu poskytnutého domáceho monitora dýchania.
- Obaja rodičia (zákonní zástupcovia) poistenca majú platný poisťný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a. s.
- Poistenec (dieťa) musí mať samostatnú posteľku.
- Úhrada z verejného zdravotného poistenia je na obdobie maximálne do dovŕšenia 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).

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

- Skončenie poisťného vzťahu poistenca (dieťaťa) v Union zdravotnej poisťovni, a. s.
- Dovŕšenie 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).<sup>4</sup>
- Hospitalizácia poistenca (dieťaťa) v ústavnom lôžkovom zariadení.
- Nedodržanie podmienok na inštaláciu prístroja:
  - zistenie, že poistenec (dieťa) nemá samostatnú posteľku.
  - 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.

## IV. Informovaný súhlas zákonného zástupcu

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.) 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 súhlasím s odňatím prístroja/ukončením úhrady.

Vyhlasujem, že **som – nie som** osamelým rodičom<sup>5</sup> – pestúnom<sup>5</sup> – opatrovníkom<sup>5</sup> starajúcim sa o poistenca uvedeného v bode II. tejto žiadosti.

dátum: .....

.....  
podpis zákonného zástupcu

## V. Overenie poisťného vzťahu poistenca (dieťaťa):

Priezvisko: .....

Meno: .....

Rodné číslo: .....

je poistencom Union zdravotnej poisťovne, a. s., od: .....

V Bratislave dňa: .....

.....  
podpis overujúceho zamestnanca Union zdravotnej poisťovne, a. s.

## VI. Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a. s.

poskytnutie a úhrada navrhovanej liečby bola **schválená/neschválená**

Zdôvodnenie: .....

V Bratislave dňa: .....

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

- 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 „NANNY“.
- Vypĺňa Union zdravotná poisťovňa, a. s.
- Poistenec musí byť poistencom Union zdravotnej poisťovne, a. s.
- Napríklad: ak sa poistenec narodil 01.01.2016 Union zdravotná poisťovňa, a. s. uhrádza zapožičanie prístroja na monitorovanie do 30. 6. 2016, aj keď bude žiadosť podaná napr. 15. 3. 2016 (t. j. nie 6 mesiacov od podania žiadosti).
- Vyplniť len v prípade osamelého rodiča, opatrovníka, resp. pestúna – nehodiace sa prečiarknuť.

Bližšie informácie o poskytovaní služby „NANNY“ nájdete na webovom sídle Union zdravotnej poisťovne, a. s. Union zdravotná poisťovňa, a. s., si vyhradzuje právo na zmenu podmienok na schvaľovanie profylaktickej liečby SIDS. O týchto zmenách budú žiadatelia informovaní prostredníctvom webového sídla Union zdravotnej poisťovne, a. s.