

## Žiadosť o schválenie liečby syndrómu spánkového apnoe pomocou ventilačného prístroja Respironics \*

### Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: .....

Meno a priezvisko lekára: ..... Kód lekára: .....

Tel. kontakt\*: ..... fax: ..... e-mail: .....

### Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: ..... Rodné číslo: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

**Kontaktná (prechodná) adresa\***: .....

Tel. kontakt\*: ..... fax / e-mail: .....

Názov zdravotníckej pomôcky: ..... Kód: .....

Diagnóza slovom: ..... **MKCH 10** .....

### Indikačné kritériá:

pacient bez pridružených ochorení	AHI > 25	
	desaturácia SaO <sub>2</sub> (< 80%)	
pacient so SaS alebo hypoventilačným syndrómom a následnými kardiovaskulárnymi komplikáciami	spánkové arytmie verifikované pomocou Holter EKG	
	arteriálna hypertenzia (potvrdená súvislosť so SaS polysomnograficky + Holter EKG	
	nočná ischemia pri SaS verifikovaná Holter EKG	
	koincidencia SaS a st. po NCMP	
	neuropsychické poruchy	
priechodnosť nosa		
spolupráca pacienta		

Iné zdôvodnenie liečby: .....

.....

dátum: .....

.....  
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

**Pozn.: K žiadosti priložiť vyplnený poukaz na zdravotnícku pomôcku !**

\* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach!

\*\* Kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu

