

**Žiadosť o schválenie profylaktickej liečby SIDS
- domácim monitorom dýchania – Nannyⁱ**

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 ⁱⁱ

I. Identifikačné údaje PZS

Kód PZS

Názov a adresa indikujúceho PZS:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

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

II. Údaje o novorodencovi - poistencovi ⁱⁱⁱ

Priezvisko:.....Meno:Rodné číslo:.....

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:

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

Poistenec UZP číslo IČP :**

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

Priezvisko:.....Meno:

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

Poistenec UZP číslo IČP :**

III. Adresa inštalácie prístroja:

Ulica, č. domu: Obec:.....

PSČ:

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 zadnej strane preukazu poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s.

IV . Vyhlasenie zákonného zástupcu poistenca

Podmienky pre inštaláciu domáceho monitora dýchania / úhradu domáceho monitorovania dýchania z verejného zdravotného poistenia

1. Poistenec 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.
2. Obaja rodičia (zákonní zástupcovia) poistenca majú platný poisťný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a.s.
3. Poistenec musí mať samostatnú postieľku.
4. Poistenec musí spať v svojej samostatnej postieľke.
5. Úhrada z verejného zdravotného poistenia je na obdobie maximálne do dovŕšenia šiesteho mesiaca veku poistenca.

Podmienky pre odňatie domáceho monitora dýchania / ukončenie úhrady domáceho monitorovania dýchania z verejného zdravotného poistenia

1. Skončenie poisťného vzťahu poistenca v Union zdravotnej poisťovni, a.s.
2. Dovŕšenie 6. mesiaca (slovom šiesteho mesiaca) veku poistenca ⁱⁱⁱⁱ.
3. Hospitalizácia poistenca v ústavnom lôžkovom zariadení.
4. Nedodržanie podmienok pre inštaláciu, resp. úhradu domáceho monitorovania:
 - a) Zistenie, že poistenec nemá samostatnú postieľku
 - b) Zistenie, že poistenec nespáva v samostatnej postieľke.

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

V. Informovaný súhlas zákonného zástupcu

Svojim podpisom potvrdzujem, že som porozumel podmienkam pre inštaláciu domáceho monitora dýchania, ako aj podmienkam pre odňatie domáceho monitoru dýchania. Potvrdzujem, že poistenec, ktorého som zákonným zástupcom je poistencom Union zdravotnej poisťovne, a.s. (má svoj vlastný preukaz poistenca Union zdravotnej poisťovne, a .s.), má svoju vlastnú postieľku a v tejto samostatnej postieľke spí. Svojim podpisom zároveň potvrdzujem, že plne rozumiem charakteru monitoringu ako aj tomu, že tento prístroj nie je život zachraňujúci, ale 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 rodičomⁱⁱⁱⁱⁱⁱ - pestúnomⁱⁱⁱⁱⁱⁱ – opatrovníkomⁱⁱⁱⁱⁱⁱ starajúcim sa o poistenca uvedeného v bode II. tejto žiadosti.

.....
dátum

.....
podpis zákonného zástupcu

VI. Overenie poisťného vzťahu poistenca – novorodenca:

Priezvisko:.....Meno: Rodné číslo:.....

je poistencom Union zdravotnej poisťovne, a.s. od

V Bratislave, dňa:

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

VII. Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.

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

Zdôvodnenie:.....

V Bratislave, dňa:

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

ⁱ Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach (pre Vás ako navrhujúceho lekára a pre Union zdravotnú poisťovňu, a.s.) a jedno vyhotovenie žiadosti zašlite, prípadne odovzdajte na ktoromkoľvek kontaktnom mieste Union zdravotnej poisťovne, a.s. na schválenie. Pri zasielaní poštou na obálku uveďte „Nanny“.

ⁱⁱ Vyplňa Union zdravotná poisťovňa, a.s.

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

ⁱⁱⁱⁱ napr. : ak sa poistenec narodil 1.1.2009 Union zdravotná poisťovňa, a.s. uhrádza zapožičanie prístroja na monitorovanie do 30.06.2009, aj keď bude žiadosť podaná napr. 15.3.2009 (t.j. nie 6 mesiacov od podania žiadosti).

ⁱⁱⁱⁱⁱⁱ Vyplniť len v prípade osamelého rodiča, opatrovníka, resp. pestúna - nehodiace sa prečiarknúť.

Bližšie informácie o poskytovaní služby „Nanny“ nájdete na internetovej stránke Union zdravotnej poisťovne, a.s. - www.unionzp.sk

Union zdravotná poisťovňa, a.s. si vyhradzuje právo na zmenu podmienok na schvaľovanie profylaktickej liečby SIDS. O týchto zmenách budú žiadatelia informovaní prostredníctvom internetovej stránky Union zdravotnej poisťovne, a.s. - www.unionzp.sk.