

Žiadosť o schválenie profylaktickej liečby SIDS domácim monitorom dýchania – NANNY¹

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.....

I. Identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS)

Kód PZS:

Názov a adresa indikujúceho PZS:.....

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

Telefón: Fax: Email:.....

II. Údaje o dieťati – poistencovi³

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

III. Zákonný zástupca poistenca:

Priezvisko:Meno:

Telefón:Email:

Adresa bydliska:.....

Dátum narodenia:..... Poistenec Union ZP číslo IČP*:

IV. Adresa inštalácie prístroja:

Ulica č. domu:.....Obec:.....

PSČ:

Dátum:

.....
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.

I. 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.

II. Aspoň jeden rodič (zákonný zástupca) poistenca musí mať platný poistný vzťah v Union zdravotnej poisťovni, a.s.

III. Poistenec (dieťa) musí mať samostatnú postieľku.

IV. Zdravotná poisťovňa uhrádza zapožičanie prístroja z verejného zdravotného poistenia maximálne do dovŕšenia 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).

¹IČP – identifikačné číslo poistenca uvedené na prednej strane preukazu poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s.

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

- I. Skončenie poistného vzťahu poistenca (dieťaťa) v Union zdravotnej poisťovni, a. s.
- II. Dovŕšenie 6. mesiaca veku poistenca (dieťaťa).⁴
- III. Hospitalizácia poistenca (dieťaťa) v ústavnom lôžkovom zariadení.
- IV. Nedodržanie podmienok na inštaláciu prístroja:
 - a) zistenie, že poistenec (dieťa) nemá samostatnú postieľku.
 - b) zistenie, že poistenec (dieťa) nespáva v samostatnej postieľke.

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

V. 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.) a má svoju vlastnú postieľku, 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.

Dátum: Podpis zákonného zástupcu:.....

VI. Súhlas so spracovaním osobných údajov zákonného zástupcu:

Podpísaný zákonný zástupca poistenca ako osoba oprávnená konať za poistenca týmto súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov v rozsahu podľa bodu III. tejto žiadosti za účelom zapožičania a inštalácie domáceho monitora dýchania pre poistenca. Poskytnutie osobných údajov na uvedený účel je povinné. Súhlas je poskytnutý na dobu do ukončenia zapožičiavania domáceho monitoru dychu. Som si vedomý(á) toho, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu musí byť voči spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s. Zároveň potvrdzujem, že som si vedomý(á) svojich práv plynúcich mi ako dotknutej osobe podľa platnej legislatívy upravujúcej ochranu osobných údajov.

Právnym základom spracúvania osobných údajov poistenca je §16 ods. 7 a 8 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum: Podpis zákonného zástupcu:.....

VII. Overenie poistného 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.

VIII. 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.

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 „NANNY“.

² Vyplní Union zdravotná poisťovňa, a. s.

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

⁴ Napríklad: ak sa poistenec narodil 01.01.2016, 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).

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.