**Žiadosť o súhlas**

**s poskytnutím prenájmu prístroja dlhodobej domácej oxygenoterapie (DDOT)**

**Údaje o poistencovi**

Meno a priezvisko poistenca:

Číslo poistenca (rodné číslo):

Adresa poskytovania prístroja:

Telefónne číslo na kontaktnú osobu:

**Indikovaná prístrojová liečba koncentrátorom kyslíka**

Kód prístroja:

Názov prístroja:

Dávkovanie kyslíka: hodín/deň

Prietok kyslíka: l/min

**Indikujúce centrum DDOT**

Názov centra DDOT:

Adresa centra DDOT:

Kód PZS:

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:

Kód indikujúceho lekára:

Telefónne číslo na indikujúceho lekára:

Email kontakt na indikujúceho lekára:

**Pneumológ, u ktorého bude poistenec dispenzarizovaný**

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Názov a adresa PZS:

Kód PZS lekára:

Telefónne číslo na lekára:

Email kontakt na lekára:

**Indikácia liečby**

Kód diagnózy podľa MKCH: Diagnóza slovom:

Predchádzajúca liečba:

**Kyslíkový test:**

Dátum realizácie kyslíkového testu:

Miesto realizácie kyslíkového testu:

Výsledky kyslíkového testu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | parciálny tlak O2 v kPa | parciálny tlak CO2 v kPa |
| bez O2 |  |  |
| O2 ....l/min |  |  |

Dôkladné medicínske odôvodnenie žiadosti (podľa indikačných kritérií):

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**Čestné prehlásenie poistenca o fajčení**

Poistenec fajčí: áno nie

Počet mesiacov abstinencie od fajčenia:

Poistenec svojim podpisom potvrdzuje správnosť údajov. Zistenie nesprávnosti uvedených údajov, alebo nedodržanie zákazu fajčenia poistenca ako aj všetkých osôb žijúcich v spoločnej domácnosti, bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum a podpis poistenca:

**Informovaný súhlas poistenca**

Poistenec svojím podpisom potvrdzuje, že bol poučený o prevádzkovo-technických podmienkach dlhodobej domácej oxygenoterapie a je schopný zabezpečiť a rešpektovať potrebné prevádzkové podmienky prístroja. Nedodržanie uvedenej doby inhalácie kyslíka a nerešpektovanie prevádzkových pokynov dlhodobej domácej oxygenoterapie, bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum a podpis poistenca:

Dátum vypísania žiadosti: podpis a pečiatka indikujúceho lekára