

Žiadosť o súhlas s poskytnutím prenájmu prístroja dlhodobej domácej oxygenoterapie (DDOT)**Údaje o poistencovi**

Meno a priezvisko:

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:

Sídlo spoločnosti:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Einsteinova 25
851 01 Bratislava

Fakturačné údaje:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130
IČ DPH: SK2022051130
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0850 850 850
Fax: +421 2 572 64 254
E-mail: info@dovera.sk
www.dovera.sk

Kyslíkový test

Dátum realizácie kyslíkového testu:

Miesto realizácie kyslíkového testu:

Výsledky kyslíkového testu:

	parciálny tlak O ₂ (kPa)	parciálny tlak CO ₂ (kPa)
bez O ₂		
O ₂l/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:

podpis poistenca**Informovaný súhlas poistenca**

Poistenec svojim 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:

podpis poistenca

Dátum vypísania žiadosti:

podpis a pečiatka indikujúceho lekára

Sídlo spoločnosti:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Einsteinova 25
851 01 Bratislava

Fakturačné údaje:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130
IČ DPH: SK2022051130
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0850 850 850
Fax: +421 2 572 64 254
E-mail: info@dovera.sk
www.dovera.sk