

Žiadosť o súhlas s poskytnutím dlhodobej domácej NIPPV

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca:	
Číslo poistenca (rodné číslo):	
Adresa poskytovania prístroja:	
Telefónne číslo na kontaktnú osobu:	

Indikovaná prístrojová liečba

ŠUKL kód prístroja:									
Názov prístroja:									
Maska (ŠUKL kód + názov):									
Odporúčané nastavenie prístroja:									
IPAP:		EPAP:		f:		TI:		I/E:	

Indikujúci lekár

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:	
Kód indikujúceho lekára:	
Názov a adresa pracoviska indikujúceho lekára:	
Kód PZS:	
Telefónne číslo na indikujúceho lekára:	
Email kontakt na indikujúceho lekára:	

Indikácia liečby

Diagnóza slovom:		Kód podľa MKCH10:	
------------------	--	-------------------	--

A. Chronická hyperkapnicko–hypoxemická respiračná insuficiencia stabilná

Parameter:	Hodnota:	Jednotky:
PaCO ₂		kPa
Nočné desaturácie počas viac ako 5 min pri podávaní O ₂ ≥ 2l/min		% SaO ₂
Počet hospitalizácií do roka pre respiračné zlyhanie		

Dôkladné medicínske odôvodnenie žiadosti (podľa aktuálnych indikačných kritérií):

B. Sy. spánkového apnoe/hypopnoe obštrukčného, komplexného alebo centrálného typu

Vyhodnotenie predchádzajúcej anamnézy:

--

Výsledky vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:

--

Dátum vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:			
Výška/cm:		Váha/kg:	
		BMI:	
AHI (bez prístroja)/hod.:			
A	AHI (po titrácii prístrojom CPAP)/hod.		AHI (po titrácii prístrojom BiPAP):
	ODI/hod.:		
B	Dĺžka trvania hyposaturácie pod 85 % z celkovej doby spánku v %:		%
C	ESS:		
	Arousal index/hod.:		

Pridružené diagnózy:

--

C. Periodické dýchanie

SaO₂ počas viac ako 5 min. pri podávaní O₂ >=2l/min <90%: áno* nie
* doložiť pulzoxymetrickým vyšetrením

Čestné vyhlásenie poistenca o fajčení

Poistenec fajčí: áno nie

Počet mesiacov abstinencie od fajčenia:

SaO₂ počas viac ako 5 min. pri podávaní O₂ >=2l/min <90%: áno* nie
* doložiť pulzoxymetrickým vyšetrením

Poistenec svojím podpisom potvrdzuje správnosť údajov. Zistenie nesprávnosti uvedených údajov alebo nedodržanie zákazu fajčenia poistenca bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum

Podpis poistenca

Dátum vypísania žiadosti

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára

Povinnou prílohou žiadosti je v prípade indikácie A prepúšťacia správa, pri indikácii B správa z polysomnografického vyšetrenia a v prípade indikácie C správa z pulzoxymetrického vyšetrenia.

Podporné a servisné centrum:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Cintorínska 5
949 01 Nitra

Fakturačné údaje:

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

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0800 150 155
E-mail: poskytovatel@dovera.sk
www.dovera.sk

