



**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 O <sub>2</sub> v kPa	parciálny tlak CO <sub>2</sub> v kPa
bez O <sub>2</sub>		
O <sub>2</sub> ....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**Po vyplnení žiadosti zmluvným PZS zaslať žiadosť (1x originál) na GR VŠZP.**