



## Žiadosť na schválenie úhrady domácej umelej pľúcnej ventilácie

---

### Navrhujúce zdravotnícke zariadenie

Názov:

Ulica, obec, PSČ:

---

### Indikujúci lekár\*

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Kód poskytovateľa:

Telefón:

Fax:

E-mail:

---

### Poistenec

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Ulica, obec, PSČ:

Telefón:

Fax:

E-mail:

---

### Diagnóza

Slovom:

Kód podľa MKCH10:

Ďalšie diagnózy:

Slovom:

Kód podľa MKCH10:

Slovom:

Kód podľa MKCH10:

---

### Indikovaná prístrojová liečba

Kód prístroja:

Názov prístroja:

---

### Poskytovateľ, ktorý prevezme dispenzárnú starostlivosť o poistenca\*\*

Názov poskytovateľa zdrav. starostlivosti:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Telefón:

Fax:

E-mail:

Ulica, obec, PSČ:

---

### Vyjadrenie indikujúceho lekára (TRN, NEU, ANS)

Indikujem pacienta/pacientku na liečbu domácou umelou pľúcnou ventiláciou:

Dátum:

Meno a priezvisko lekára:

\_\_\_\_\_   
 pečiatka a podpis lekára

\*) povinnou súčasťou žiadosti je priložená lekárska prepúšťacia správa / lekársky nález

\*\*) podľa Vyhlášky č. 127/2014 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 2.mája 2014