

## Vzor vyplnění 1. Žádanky a 2. Poukazu pro vlhké krytí během prvních 6 měsíců léčby rány

### 1. Při prvním předepsání prostředku pro vlhké hojení je potřeba vyplnit

Žádanku o schválení výkonu – léčiva – ZP - ostatní. Zde je potřeba uvést:

- **Signální kód zdravotnického prostředku 0082747** (Krytí vlhké - kód pro oznámení začátku léčby) určený pro předání informace o zahájení léčby prostředkem pro vlhké hojení ran.
- **Počet balení ZP – 999.**
- V kolonce **Specifikace požadavku** vyplní preskribující lékař tento text:  
„**informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran**“ a uvede **Datum zahájení léčby**, které bude shodné s datem vystavení Poukazu.
- V kolonce **Zdůvodnění** se uvádí **popis, lokalizace a velikost defektu**, pro který vlhké krytí lékař indikuje a předepisuje.

Kód pojišťovny	<b>ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ) výkonu – léčiva – ZP – ostatní</b>		Čís. schválení	
			Předběžně dne	
Pro pacienta (zařízení)			Čís. pojištěnce	
			IČP	
Sk	Kód	Název		
	<b>0 0 8 2 7 4 7</b>	<b>NEOCIDE Roztok na oplach ran / 500 ml</b>		
Specifikace požadavku: <i>(Zde napište tuto větu)</i> <b>Informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran.</b>			Počet provedení	
Zdůvodnění: <i>(Zde popište defekt, jeho lokalizaci a velikost)</i>			balení	<b>9 9 9</b>
Datum zahájení léčby: <b>1. 12. 2020</b>			ks	
Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP:			km	
			Platnost do	<b>0 1 0 5 2 1</b>
			Dne: <b>1. 12. 2020</b>	
			razítko a podpis žadatele	

Takto vyplněnou Žádanku je potřeba odeslat na místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny ČR.

V případě potřeby pokračovat v léčbě i po uplynutí 6 měsíců je potřeba souhlasu revizního lékaře.

**2. Současně ošetřující lékař vyplní Poukaz na léčebnou pomůcku, na kterém uvede:**

- **kód konkrétního indikovaného ZP** z Úhradového katalogu zdravotní pojišťovny,
- **skutečně požadované množství,**
- v části **Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny** vyplní text: **„Oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do..“** (datum vystavení Žádanky + 6 měsíců).

Kód pojišťovny		<b>POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU</b>				poř. č.	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.			
Číslo pojistěnce		oprava – úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná *)			
Bydliště (adresa)				*) nehodící se škrtněte!			
		Sk	Kód	Počet	Úhrada		
		0 1 5 0 1 1 9 4 8					
		<b>NEOCIDE Roztok na oplach ran / 500 ml</b>					
		Dodatek pojištění					
<input type="checkbox"/> hradí pojišťovna <input type="checkbox"/> spoluúčast pacienta <input type="checkbox"/> hradí pacient		Dg. _____ Pomůcka trvalá / dočasná *) *) nehodící se škrtněte! Pomůcka dočasná na počet měsíců _____		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny (Zde napište tuto větu) <b>Oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do</b> (Uvedte datum vystavení Žádanky + 6 měsíců)  (a přidejte razítko a podpis lékaře vystavujícího poukaz)		Datum: <b>1. 12. 2020</b>  razítko výdejce	
Dne: _____		razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře					

**Vyplněný Poukaz předává lékař rovnou pojistěnci k vyzvednutí přípravku bez dalšího odkladu.**

Žádanku, kterou ošetřující lékař zaslal zdravotní pojišťovně, následně obdrží zpět po jejím zpracování. Jde o de facto formální a automatický souhlas.

**Při dalším předepsání v období prvních 6 měsíců již lékař další Žádanku nevystavuje.**

V případě, že v období prvních 6 měsíců je následně zahájena léčba vlhkým krytím jiného defektu, než pro který byla pojišťovně předána informace o zahájení léčby, postupuje lékař opět podle bodu 1).