Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

FORMULÁŘ K PŘIDĚLENÍ ELEKTRICKÉHO VOZÍKU

Podmínkou schválení úhrady elektrického vozíku je splnění následujících kritérií:

1) Pojištěnec musí mít prokazatelně dostatečné fyzické a mentální schopnosti pro bezpečné užití elektrického vozíku k zajištění samostatné mobility;

2) Trvalé těžké nebo trvalé úplné omezení schopnosti chůze na krátké vzdálenosti v kombinaci s těžkou poruchou funkce horních končetin a případně trupu, nebo v kombinaci s chronickým onemocněním, které neumožňuje zvýšit zátěž a využití mechanického vozíku;

3) Zapůjčený elektrický vozík s úhradou z prostředků veřejného zdravotního pojištění musí být seřízen na maximální rychlost 6 km/hod.

Součástí žádosti jsou následující přílohy:

a) Zaměřovací protokol se všemi vyplněnými náležitostmi včetně podpisu pojištěnce/zákonného zástupce a technika dodavatele. Včetně návrhu cenové kalkulace při nezbytné individuální úpravě;

b) Svalový test, popř. funkční test, v případě, že indikace elektrického vozíku vychází z interních onemocnění, zátěžový nebo funkční test.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Vyplní pojištěnec:

Jméno:…….. Příjmení:……..
Číslo pojištěnce:……..…..Věk:…….
Telefon:……. Email:……...

Trvalé bydliště:
Obec:……
Ulice, číslo domu:…… PSČ:……

Adresa v době dodání vozíku (vyplňujte, pokud je jiná než adresa trvalého bydliště):
Obec:……
Ulice, číslo domu:…… PSČ:……

Životní podmínky pojištěnce v místě používání vozíku:

Prostředí: městské – venkovské
Terén: rovinatý – kopcovitý
Bydlení: samostatně – s rodinou
Nejmenší šíře dveří v bytě: ……cm
Vstup do domu bez bariér: ano – ne
Vstup do bytu bez bariér: ano – ne
Nejmenší šíře dveří v domě: …… cm
Šíře dveří do výtahu: ……cm
Sociální postavení: student – zaměstnanec – starobní důchodce – invalidní důchodce
Pojištěnec je – není držitelem řidičského průkazu

Důvod žádosti o elektrický vozík:
……
……
……
……

Dosud používaný vozík:

Mechanický – značka, typ:……..…..…
od roku:…….
příslušenství:……...

Elektrický – značka, typ: ……
od roku:…..……...
příslušenství:……...

Datum:…….. Podpis pojištěnce (zákonného zástupce):……

Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

Vyplní navrhující lékař

Nutná jedna z následujících odborností: **REH, ORT, NEU**, v případě požadavku na elektrický vozík převážně interiérový základní i **INT**.

Tělesné parametry pojištěnce:
výška……..cm; hmotnost……kg

Typ zdravotního postižení:
……
……
……

Dg.: základní
číslo……slovy……
……

Dg.: další
číslo……slovy……
……

číslo……slovy……
……

číslo……slovy……
……

Neurologické vyšetření:

Stanovisko lékaře: ……
……
……
……
……

Dle neurologického vyšetření vozík indikován: **ano – ne**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: ……

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Oční vyšetření oftalmologem:

Stanovisko lékaře: …….
……
……
……
……

Dle závěru vyšetření je: **schopen – neschopen**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: ……..

Ortopedické vyšetření:

Stanovisko lékaře: …….
……
……
……
……

Dle ortopedického vyšetření elektrický vozík indikován: **ano – ne**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: ……..

Psychologické/psychiatrické vyšetření:

Stanovisko lékaře: …….
……
……
……
……

Je zaměřeno na mentální schopnost pojištěnce chápat principy silničního provozu a zároveň na jeho schopnost bezpečně samostatně ovládat řízení elektrického vozíku.

Dle uvedených měřítek je pojištěnec: **schopen – neschopen**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: ……..

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Interní vyšetření:

Stanovisko lékaře: …….
……
……
……
……

Vyplňuje se v případě, že indikace elektrického vozíku vychází z interních onemocnění, přikládá se další vysvětlující odborný nález včetně výsledků dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy nebo funkční testy.

Dle závěru vyšetření je: **schopen – neschopen**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: …….....

Rehabilitační vyšetření:

Stanovisko lékaře: …….
……
……
……
……

Cílem je určit funkční kapacitu jedince – zjištění svalové síly končetin (horních a dolních), koordinaci pohybu (svalovým nebo funkčním testem).

Dle rehabilitačního vyšetření vozík indikován: **ano – ne**
Datum:……. Jméno lékaře:……
Podpis a razítko lékaře: …….....

Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

Vyplní technik dodavatele dle zaměřovacího protokolu:

Poznámky technika:…… ……..…….
……
……
……
……

Pojištěnec si navrhovaný elektrický vozík vyzkoušel a je schopen ho bezpečně ovládat.

Datum:……. Jméno a příjmení technika:……..…….
Podpis a razítko technika: ……..…...

U nezletilých pojištěnců vyplní zákonný zástupce:

Závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte.

Plně zodpovídáme za bezpečnost dítěte i ostatních účastníků silničního provozu v souladu se zákonem č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění.

Datum:…….. Jméno a příjmení zákonného zástupce:……...
Podpis zákonného zástupce: ……..……..