

FORMULÁŘ K PŘIDĚLENÍ ELEKTRICKÉHO VOZÍKU

Řádně vyplněný formulář je nezbytným podkladem k projednání žádosti pojištěnce v odborné komisi Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.

Podmínkou přidělení elektrického vozíku je zachovaná schopnost pojištěnce bezpečně ho samostatně ovládat při splnění následujících kritérií:

1. Postižení obou DK končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci, v kombinaci s postižením horních končetin, které neumožňuje ovládání mechanického vozíku, a to ani mechanismem pro jednu ruku.
2. Postižení obou DK znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým onemocněním, které nedovoluje pojištěnci zvýšit fyzickou zátěž. (Nutno doložit např.: verifikace zátěžovým testem z odborného pracoviště, nebo stanovisko příslušného odborného lékaře pro dané chronické onemocnění.)
3. Somatická a mentální schopnost pojištěnce musí odpovídat ustanovením Zákona č.361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, která se vztahují i na osobu pohybující se pomocí ručního, nebo elektrického vozíku pro invalidy, jako na chodce.
4. U nezletilých pojištěnců je nutné doložit k žádosti závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte, že plně zodpovídají za bezpečnost jeho, i účastníků silničního provozu v souladu se Zákonem o provozu na pozemních komunikacích č. 361/200 Sb.
5. Součástí žádosti musí být oční vyšetření zaměřené na schopnost pojištěnce řídit elektrický vozík.

Obsah žádosti:

- strana č.1 – poučení
- strana č.2 – vyplní pojištěnec
- strana č.3 – vyplní servisní technik dodavatele
- strana č.4 – vyplní navrhující lékař, neurolog a ophthalmolog
- strana č.5 – ortopedické vyšetření, psychologické a eventuálně další
- strana č.6 – rehabilitační vyšetření a specifikace vozíku

Prosíme o čitelné vyplnění žádosti, nejlépe psacím strojem.

Vyplní pojištěnec:

Příjmení:		Rodné číslo:	
Jméno:		Věk:	

	Trvalé bydliště:	Adresa v době dodání vozíku:
Obec:		
Ulice:		
PSČ:		
Telefon:		

Sociální postavení:	student	zaměstnanec	starobní důchodce	invalidní důchodce
----------------------------	---------	-------------	-------------------	--------------------

Prostředí:	městské	venkovské	Vstup do domu bez bariér:	ano	ne
Terén:	rovinatý	kopcovitý	Šíře dveří v domě:		cm
Bydlení:	samostatné	s rodinou	Šíře dveří v bytě:		cm
	v ústavu		Šíře dveří výtahu:		cm

Důvod žádosti pojištěnce o elektrický vozík:

Dosud používaný vozík:	Elektrický:	Mechanický:
Značka, typ:		
Příslušenství:		
Od roku:		

Potvrzuji, že nevlastním jiný elektrický nebo mechanický vozík, přidělený zdravotní pojišťovnou. Pokud jsem doposud používal invalidní vozík, který je majetkem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR, vrátím ho dle dispozic.

Datum:

Podpis pojištěnce:

*nehodící se škrtněte

Vyplní servisní technik dodavatele:

Popis technického stavu:

Část vozíku	popis dle skutečnosti	opotřebení v %	Cena opravy - výměny
Rám – nosná konstrukce			
Rám opraven svařováním			
Stav pohonných jednotek			
Stav akumulátorů			
Stav elektroniky			
Opotřebení pláštěů předních kol			
Opotřebení pláštěů zadních kol			
Opotřebení koženky sedačky			
Opotřebení koženky zádové opěry			
Opotřebení koženky područek			
Další upozornění			

Poškozené díly jsou dosud vyráběny: ano - ne

Závěrečné zhodnocení celkového stupně opotřebení:

Hodnocení provedl:

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Vyplní navrhující lékař jedné ze stanovených odborností – REH, ORT, NEU, INT:

Výška pojištěnce:		cm
Váha pojištěnce:		kg

Druh zdravotního postižení:

Dg. základní:		slovy:	
Dg. další:		slovy:	
		slovy:	
		slovy:	

Neurologické vyšetření:

Dle neurologického vyšetření vozík indikován: ano - ne

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Oční vyšetření oftalmologem:

Dle závěru vyšetření je schopen – neschopen řízení elektrického vozíku.

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Ortopedické vyšetření:

Dle ortopedického vyšetření vozík indikován: ano - ne

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Psychologické vyšetření:

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

Dle závěru vyšetření je schopen – neschopen řízení elektrického vozíku.

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Jiné vyšetření:

Další vysvětlující odborný nález.

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Rehabilitační vyšetření:

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

Dle rehabilitačního vyšetření vozík indikován: ano - ne

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Specifikace vozíku:

Ovládání:	pravou rukou	levou rukou	oběma rukama
Vozík bude převážně používán:	v interiéru	v exteriéru	
Konstrukce:	skládací	pevná	
Šíře sedačky:	cm		

Značka vozíku:		kód:		cena:	,-Kč
Příslušenství		kód:		cena:	,-Kč
		kód:		cena:	,-Kč
		kód:		cena:	,-Kč
		kód:		cena:	,-Kč
		kód:		cena:	,-Kč
Individuální úprava:		kód:		cena:	,-Kč
				celkem:	,-Kč

Při nezbytné individuální úpravě je nutno kromě věcné specifikace uvést i její cenu.

Pro schválení revizního lékaře je nutné u každé položky příslušenství k elektrickému vozíku uvést na Žádanku o schválení (povolení) odůvodnění, ze kterého bude jednoznačně vyplývat nutnost přidělení příslušenství s ohledem na zdravotní stav pojištěnce.

Navrhovaný vozík byl pojištěncem odzkoušen: ano - ne

Dne:		Jméno:		Podpis a razítko:	
-------------	--	---------------	--	--------------------------	--

METODIKA:

Platný formulář ZP MV ČR k přidělení EIV vytvořený pojišťovnou pro žádosti pojištěnců. ZP MV ČR akceptuje pouze tento formulář.

Na přední straně je návod a indikace pojištěnce pro přidělení EIV. S tímto formulářem musí pojištěnec navštívit ošetřující lékaře odbornosti REH, ORT, NEU, INT, OPH, PSY, který se v žádosti (formuláři) písemně vyjádří a pořídí v příslušné kolonce razítko a podpis.

K vyplněnému formuláři vystaví jeden z lékařů (REH, ORT, NEU, INT) žádanky, zvlášť na EIV a každé příslušenství k EIV.

Součástí žádosti jsou následující přílohy:

- 1. Zaměřovací protokol se všemi vyplněnými náležitostmi včetně podpisu pojištěnce/zákonného zástupce a technika dodavatele. Včetně návrhu cenové kalkulace při nezbytné individuální úpravě;**
- 2. Svalový test, popř. funkční test, v případě, že indikace elektrického vozíku vychází z interních onemocnění, zátěžový nebo funkční test.**

Vyplněný formulář k přidělení EIV, žádanky o schválení (povolení) a přílohy jsou zaslány lékařem, který je vystavil na pojišťovnu, nebo pojištěncem (rodinným příslušníkem) na pojišťovnu k posouzení a schválení reviznímu lékaři.

Pro pojištěnce Karlovarského a Plzeňského kraje jsou zasílány poštou na adresu:

ZP MV ČR
pracoviště Plzeň
Hruškova 8
32065 Plzeň

Pro pojištěnce Jihočeského kraje:

ZP MV ČR
pracoviště České Budějovice
Klaricova 867/19
37004 České Budějovice

nebo osobně předány na podatelnu těchto dvou pracovišť.

Pokud je žádost o přidělení EIV nedostatečně vyplněna, vrací se k doplnění a v případě nároku na EIV pojištěnec zbytečně čeká.

Upozornění pro výdejny:

Žádám Vás o řádné plnění povinností dodavatele, neboť se v poslední době vyskytují nedostatky:

1. malá informovanost pojištěnců na co mají a nemají nárok, jak se řeší žádosti o úhradu EIV apod., žádosti pojištěnců jsou zasílány pojišťovně na neúplném formuláři, který neobsahuje nutné informace!!!
2. nedostatečné zaměření EIV nebo vyplnění kalkulace (zaměřovací list), přednostně se snažit o vydání EIV, které máte k dispozici na skladu jako repasované pomůcky, bez podpisu ST, pojištěnce a jeho souhlasu Zaměřovací list předejte pojištěnci (lékaři) a sken zašlete na moji e-mailovou adresu – často chybí při zaslání žádosti na pojišťovnu (není lékařem-pojištěncem přiložena)
3. nedostatečné poučení pojištěnce při výdeji EIV zaměřené na zásady provozu, pravidelné údržby, denní dobíjení baterií s tím, že pokud nedodržením pravidelné údržby nebo svévolným jednáním pojištěnce vznikne škoda na EIV, bude tuto muset po opravě realizované výdejnou náklady uhradit uživatel.

Uživatele informovat o právech a povinnostech ve smyslu čl. V Smlouvy o výpůjčce.

Upozornit pojištěnce (uživatele), že EIV je majetkem ZP MV ČR, EIV je pouze zapůjčen.

Upozornění na dobu výpůjčky, po úmrtí uživatele musí být EIV vrácen dodavateli (čl. III Smlouvy o výpůjčce).

Při vrácení pomůcky vystavovat Protokol o vrácení s uvedením, co bylo vráceno (kód, název ZP, ev. číslo) kdy bylo vráceno (datum), kdo EIV vrátil (jméno a příjmení, tel. č.), uvést stav EIV při vrácení, případně chybějící příslušenství, poškození apod. s tím, že vracející osoba s tím souhlasí, jeden výtisk předat vracející osobě (rod. příslušníkovi). Vratku (protokol o vrácení) zaslat pojišťovně co nejdříve spolu s Návrhem na OV, (vyřazení).

4. předání informace o postupu uživatele (pojištěnce) při zjištění závady (poruchy) EIV, předání tel. čísla na výdejnu, servisního technika apod.
5. upozornění uživatele na to, že nesmí zasahovat do konstrukce EIV, provádět montáž doplňků
např. osvětlení apod.
6. řádné vyplnění Smlouvy o výpůjčce s podpisem převzetí EIV ve Smlouvě o výpůjčce a Poukazu.
7. oprava musí být opět lékařem předepsána na Poukaz, podléhá schválení RL pojišťovny, tzn. Výdejna poskytne v případě opravy delší než 7 kalendářních dní uživateli náhradní vozík, případně i při kratší době po dohodě s uživatelem.