

## FORMULÁŘ K PŘIDĚLENÍ ELEKTRICKÉHO VOZÍKU

*Podmínkou schválení úhrady elektrického vozíku je schopnost pojištěnce jej bezpečně samostatně ovládat při splnění následujících kritérií:*

- 1) **Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci, v kombinaci s postižením horních končetin, které neumožňuje bezpečné ovládání mechanického vozíku, a to ani mechanismem pro jednu ruku, nebo**
- 2) **Postižení obou dolních končetin znemožňující pojištěnci samostatnou lokomoci při kombinaci se závažným chronickým interním onemocněním (nutno doložit stanoviskem příslušného odborného lékaře včetně výsledků dokládajících rozsah a závažnost postižení, např. zátěžové testy).**
- 3) **Somatická a mentální schopnost pojištěnce** musí vždy odpovídat ustanovením **zákona č. 361/2000 Sb.**, o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění, která se vztahují i na osobu, pohybující se pomocí mechanického nebo elektrického vozíku i na chodce.

### **Obsah žádosti:**

*Strana č. 1 – poučení*

*Strana č. 2 – vyplní pojištěnec*

*Strana č. 3 – vyplní navrhuující lékař, neurolog a oftalmolog*

*Strana č. 4 – ortopedické vyšetření, psychologické/psychiatrické vyšetření a eventuálně další*

*Strana č. 5 – rehabilitační vyšetření, specifikace vozíku a vyjádření revizního lékaře VZP ČR*

*Strana č. 6 - u nezletilých pojištěnců závazné prohlášení zákonných zástupců dítěte*

*Příloha: formulář Prohlídka ZP za účelem vyřazení z provozu – vyplní servisní technik dodavatele a krajský revizní technik*

*Z uvedených možností v odstavcích žádosti vyberte údaj dle skutečnosti, nehodící škrtněte.*

*Prosíme o čitelné vyplnění žádosti.*

**Vyplní pojištěnec:**

Jméno:..... Příjmení:.....  
Rodné číslo:..... Věk:.....

**Trvalé bydliště:**

Obec:..... PSČ:.....  
Ulice, číslo domu:..... Telefon:.....

**Adresa v době dodání vozíku:**

Obec:..... PSČ:.....  
Ulice, číslo domu:..... Telefon:.....

**Životní podmínky pojištěnce v místě používání vozíku:**

Prostředí: městske – venkovské	Vstup do domu bez bariér: ano – ne
Terén: rovinatý – kopcovitý	Vstup do bytu bez bariér: ano – ne
Bydlení: samostatně – s rodinou	Nejmenší šíře dveří v domě: ..... cm
	v bytě: .....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:.....

**Prohlášení pojištěnce:**

- 1) Prohlašuji, že nevlastním jiný elektrický nebo mechanický vozík přidělený VZP ČR. Pokud jsem doposud používal uvedený vozík, který je majetkem VZP ČR, vrátím ho dle dispozic.
- 2) Zavazuji se zajistit provádění běžné údržby nově přiděleného elektrického vozíku (mazání, pumpování kol, dobíjení baterií apod.)

Datum:.....

Podpis:.....

*Vyplní navrhující lékař* – jedné z těchto odborností: REH, ORT, NEU, INT

**Tělesné parametry pojištěnce:** výška.....cm, hmotnost.....kg

**Typ zdravotního postižení:**

Dg.: základní – číslo.....slovy.....

Dg.: další číslo.....slovy.....

číslo.....slovy.....

číslo.....slovy.....

Dle charakteru základní diagnózy je nutný nálezn - neurologický, ortopedický, eventuálně další: .....

***Neurologické vyšetření:***

Dle neurologického vyšetření vozík indikován: **ano – ne**

Datum.....Jméno.....Podpis a razítko lékaře .....

***Oční vyšetření oftalmologem:***

Dle závěru vyšetření je: **schopen – neschopen**

Datum.....Jméno.....Podpis a razítko lékaře.....

***Ortopedické vyšetření:***

Dle ortopedického vyšetření elektrický vozík indikován: **ano – ne**

Datum:.....Jméno:.....Podpis a razítko lékaře:.....

***Psychologické/psychiatrické vyšetření:***

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

Dle uvedených měřítek je pojištěnec: **schopen – neschopen**

Datum.....Jméno:.....Podpis a razítko: .....

***Interní vyšetření:***

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

Datum .....Jméno:..... Podpis a razítko lékaře: .....



### **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: