

## FORMULÁŘ K ŽÁDOSTI O ÚHRADU MYOELEKTRICKÉ PROTÉZY Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Řádně vyplněný formulář je nezbytným podkladem k posouzení žádosti o úhradu myoelektrické protézy krajským revizním lékařem VZP ČR .

### Podmínky přidělení myoelektrické protézy (MP):

Myoelektrickou protézu předepisuje lékař odbornosti ortopedický protetik (OP), rehabilitační (REH), ortopéd (ORT), vyjadřuje se psycholog, podléhá schválení krajským revizním lékařem VZP ČR.

Myoelektrickou protézu lze předepsat **při ztrátě obou horních končetin** (1 pár) nebo **jednostranné amputaci s funkčním postižením druhé horní končetiny**.

Přílohou žádosti musí být **předkalkulace** (proformafaktura) vypracovaná dodavatelem a v případě **opakovaného** vybavení **podrobný popis technického a funkčního stavu** stávající myoelektrické protézy včetně prohlášení o její neopravitelnosti vypracované dodavatelem.

### Vyplní pojištěnec:

Jméno..... Příjmení.....

Rodné číslo.....

Trvalé bydliště:

Obec..... PSČ.....

Ulice, číslo domu..... Telefon.....

### Vyšetření OP, resp. ORT (včetně hmotnosti a výšky pacienta):

Dle vyšetření OP, resp. ORT je MP indikována: **ano** - **ne**

Datum.....Jméno, příjmení.....Podpis, razítko.....

**Vyšetření REH:**

Je zaměřeno na schopnost pojištěnce pozitivně zvládnout při rehabilitaci ovládnání MP, tj. zvládat zácvek nového pohybového stereotypu.

Dle vyšetření REH je MP indikována:      **ano - ne**

Datum.....Jméno, příjmení.....Podpis, razítko.....

**Vyšetření psychologem:**

Je zaměřeno na somatickou a mentální schopnost pojištěnce používat MP včetně adaptability zvládat zácvek nového pohybového stereotypu.

Dle vyšetření psychologem je MP indikována:      **ano - ne**

Datum.....Jméno, příjmení.....Podpis, razítko.....

**Vyjádření revizního lékaře klientského pracoviště VZP:**

Musí obsahovat jednoznačné doporučení resp. nedoporučení

Datum.....Jméno, příjmení.....Podpis, razítko.....  
Telefon.....