

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: městské – 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 nález - neurologický, ortopedický, eventuálně další:

Neurologické vyšetření:

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

Datum.....Jméno.....Podpis a razítko

Oční vyšetření oftalmologem:

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

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

Ortopedické vyšetření:

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

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

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.

DatumJméno:..... Podpis a razítko:

Rehabilitační vyšetření:

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:..... Podpis a razítko:

Specifikace vozíku dle Číselníku VZP ČR:

Vyplní navrhující lékař.

Vozík bude používán převážně: v exteriéru – v interiéru

Konstrukce: skládací – pevná

Šířka sedačky:.....cm

Ovládání: pravou rukou – levou rukou – oběma rukama

Značka vozíku: kód:.....MAX úhrada VZP.....

Příslušenství: kód:.....MAX úhrada VZP.....

kód:.....MAX úhrada VZP.....

kód:.....MAX úhrada VZP.....

kód:.....MAX úhrada VZP.....

kód:.....MAX úhrada VZP.....

kód:.....MAX úhrada VZP.....

Individuální úprava: kód:

Cena:

Při nezbytné individuální úpravě je nutno uvést její **cenovou kalkulaci**.

Klinické zdůvodnění individuální úpravy:

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

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

Vyjádření revizního lékaře ÚP VZP k indikaci elektrického vozíku, případně rozsahu příslušenství a individuálních úprav:

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

u nezletilých pojištěnců:

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: