

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.

Vyplní pojištěnec:

Jméno:..... Příjmení:.....
Číslo pojištění:..... 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	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
Nejmenší šíře dveří 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:.....

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

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:

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:

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:

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: