

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 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.

DatumJméno:..... 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: