Návrh na schválenie pokračovania hradenej liečby CGM/FGM

v zmysle zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: ......................................................................................

Meno a priezvisko lekára: ...........................................................Kód lekára: .....................................

Tel. kontakt: ................................................ e-mail: ...........................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: ..................................................... Rodné číslo: ...................................

Adresa trvalého bydliska: ....................................................................................................................

Tel. kontakt: ..................................................e-mail: ...........................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóza slovom: ...................................................................................... MKCH10 ......................

Dôvod indikácie CGM/FGM..............................................................................................................

..........................................................................................................dieťa/ dospelý/ dospelý rizikový.

Začiatok liečby CGM/FGM (dátum):.................................................................................................

Stav metabolickej kompenzácie – aktuálne HbA1c (aj dátum vyšetrenia):.................................

HbA1c pred využívaním CGM/FGM systému (aj dátum vyšetrenia)...............................................

Počet a druh senzorov predpísaných posledný rok.......................................................................

Dokázateľné využitie minimálne 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku ......Ano/Nie

Dosiahnutný medicínsky benefit (označte):

* pokles hladiny HbA1c o 10 % v porovnaní s obdobím bez CGM (za predpokladu porovnania výsledku tou istou metódou); alebo
* pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémií o 30 %; alebo
* pokles BMI o 10 % v porovnaní s obdobím bez CGM; alebo
* stabilizácia dobrej kompenzácie z obdobia pred CGM (HbA1c < 7,5 % DCCT) alebo
* zlepšenie variability.

Žiadam o pokračovanie v úhrade CGM/FGM, zdôvodnenie..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

dátum: ................... .......................................................

 podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

navrhovaná pokračujúca úhrada CGM/FGM bola schválená / neschválená

Zdôvodnenie:...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

V Bratislave, dňa: ......................

....................................................... ........................................................

podpis a pečiatka revízneho lekára podpis riaditeľa

 revíznych a zdravotných činností