

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 navrhující 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: městske – 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:

VOZÍKY ELEKTRICKÉ A MECHANICKÉ

Prohlídka ZP za účelem vyřazení z provozu (opravy) č.:

Jméno:		Příjmení:		Číslo poj.:				
Adresa:				PSČ:		Telefon:		
Kód:		Název:				Typ:		
Dodavatel:				Evid. číslo:		Výr. číslo:		
Výrobce:				Pořizovací cena v Kč:				
Pomůcka předána jako:	Nová Repasovaná	Užitná doba:	36 60 120	měsíců	Datum předání:		Doba užívání:	měsíce
				Datum prvního vydání:			Celková doba užívání:	měsíce

Příslušenství

Verze: 1.6

Vyplní KRT VZP:					
Kód	Datum předání	Evidenční číslo	Název	Cena Kč	Poznámka

Celkem: 0,0 Kč

Náklady na opravy

Verze: 1.6

Vyplní KRT VZP:				
Kód	Provedeno dne	Druh opravy	Cena Kč	Poznámka

Celkem: 0,0 Kč

Výsledek kontroly technického stavu

Vyplní dodavatel a následně KRT VZP:

Mechanické části	Popis dle skutečnosti	Opotřebení %	Cena opravy v Kč	Vyjádření KRT
Rám - nosná konstrukce				
Rám opraven svařováním				
Vidlice				
Pláště předních kol				
Pláště zadních kol				
Ložiska kol				
Brzdy mechanické				
Opotřebení sedačky				
Opotřebení záďové opěrky				
Opotřebení loketních opěrek				
Opotřebení podnožek				
Koroze				
Lak				
Chrom				

Elektrické části	Popis dle skutečnosti	Opotřebení %	Cena opravy v Kč	Vyjádření KRT
Stav akumulátoru	Výměna dne:			
Stav motorů				
Stav převodovek				
Stav elektroniky				
Stav ovládání				
Stav kabelů a přípojek				
Stav elektromagnetických brzd				
Stav osvětlení a houkačky				

Celkem: 0,0 Kč

Další zjištění: Poškozené díly jsou dosud vyráběny? ANO - NE

Zhodnocení celkového stavu opotřebení:

Doporučení:

Návrh provedl dne:

Servisní technik:
jméno - podpis - razítko

Doporučení KRT VZP:

S vyřazením vozíku z provozu souhlasím: ANO - NE

Kontrolu provedl dne:

Revizní technik KP VZP:
jméno - podpis - razítko

Krajský revizní lékař VZP ČR

kraj	příjmení a jméno	titul	pracoviště
Jihočeský	Fantová Stanislava	MUDr.	Č.Budějovice 386102715
Jihomoravský	Tyblová Eva	MUDr.	Brno město 542535218
Karlovarský	Baranová Renáta	MUDr.	Karlovy Vary 353362381
Královéhradecký	Štajner Josef	MUDr.	Hradec Králové 495775180
Liberecký	Ferles Miloslav	MUDr.	Liberec 485383315,952231243
Moravskoslezský	Lichá Alexandra	MUDr.	Ostrava 596165117
Moravskoslezský	Hýžová Vlasta od 1.8.2008	MUDr.	Opava 553702322
Olomoucký	Ranc Václav	MUDr.	Olomouc 585534304
Pardubický	Levínská Marie	MUDr.	Pardubice 466816226
Plzeňský	Kotaška Vladislav	MUDr.	Tachov 731546677,952228354
Praha hl.město	Prokop Milan	MUDr.	Praha hl. m. 733610790 , 224915905
Středočeský	Firsovová Zuzana	MUDr.	Praha východ 283113100
Ústecký	Hykyšová Hana	MUDr.	Teplice 417573409
Vysočina	Kotyza Milan	MUDr.	Jihlava 567129244
Zlínský	Kilianová Eva	MUDr.	Vsetín 571482128