



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Program podpory
specifických diet

POTVRZENÍ O DIAGNÓZE

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O DIAGNÓZE A POTRAVINOVÉM OMEZENÍ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Název:

IČO:

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211) má od

stanovenu následující diagnózu:

K 90.0 Celiakie

K 90.2 Syndrom slepé kličky nezařazený jinde

E 70.0 Klasická fenylketonurie

E 70.1 Jiné hyperfenylalaninemie

E 70.2 Poruchy metabolismu tyrosinu

E 71.0 Nemoc javorového sirupu (Leucinóza)

E 71.1 Jiné poruchy metabolismu aminokyselin s rozvětveným řetězcem

E 72.1 Poruchy metabolismu aminokyselin nesoucích síru

E 72.2 Poruchy metabolismu cyklu močovinny

E 72.3 Poruchy metabolismu lyzinu a hydroxylyzinu

Z 71.3 Alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM)

E 73.0 Laktózová intolerance

Histaminová intolerance

Nelze dopisovat jiné diagnózy. Jinak je formulář neplatný.

Výše uvedenému pojištěnci indikují následující **potravinové omezení** (specifickou dietu):

Bezlepková dieta

Nízkobílkovinná dieta

Bezlaktózová dieta

Bezmléčná dieta

Rostlinné alternativy kravského mléka a produktů z něj

Tablety s laktázou

Přípravky pro snížení hladiny histaminu v organismu

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec je kojenné dítě ve věku do 18 měsíců a jeho matce indikují stejné potravinové omezení.

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211) má stanovenu diagnózu „nízká porodní váha – pod 1 500 g“ a indikují mu specifickou dietu v podobě umělého mléka zakoupeného v lékárně.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **poskytovatel zdravotních služeb**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis:

ZP MV ČR si plně uvědomuje administrativní náročnost činnosti lékařů. Potvrzením tohoto formuláře našemu pojištěnci pomáháte urychlit zpracování příspěvku z Fondu prevence, neboť diagnóza není dosud vykázána v informačním systému ZP MV ČR. Děkujeme Vám.