

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** 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: