ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR 211

Zdravotnické prostředky a služby nehrazené z pojištění

POTVRZENÍ O DIAGNÓZE

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

Jméno a příjmení pojištěnce:	
Rodné číslo pojištěnce:	

2. POTVRZENÍ O DIAGNÓZE CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Název:	
IČO:	

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211) má od _____ **stanovenu následující diagnózu:**

- ☐ **C00 - C97** Novotvary
- ☐ **E10 - E14** Diabetes mellitus - cukrovka
- ☐ **F84.0, F 84.1, F84.5** Poruchy autistického spektra
- ☐ **G35** Roztroušená skleróza
- ☐ **G 71.0** Svalová dystrofie
- ☐ **I10 - I15** Hypertenzní nemoci
- ☐ **J30** Vazomotorická a alergická rýma
- ☐ **J45** Astma
- ☐ **J40 - J47** Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí
- ☐ **K00 - K87** Nemoci trávicí soustavy
- ☐ **L20 - L30** Dermatitida a ekzém
- ☐ **L40** Lupénka (psoriáza)
- ☐ **L50** Kopřivka
- ☐ **M00 - M99** Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (+pooperační stavy s nimi spojené)
- ☐ **N00 - N99** Nemoci močové soustavy

Nelze dopisovat jiné diagnózy. Jinak je formulář neplatný.

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.