

Kochlearinio implanto, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto, vidurinės ausies klausos sistemos ir atsarginio šių medicinos pagalbos priemonių procesoriaus įsigijimo išlaidų kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo priedas

(Prašymo kompensuoti kochlearinio implanto, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto, vidurinės ausies klausos sistemos ir atsarginio šių medicinos pagalbos priemonių procesoriaus įsigijimo išlaidas formos pavyzdys)

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriui

Europos aikštė 1, LT-03505 Vilnius

(pildo pacientas)

VARDAS, PAVARDĖ

Asmens kodas

Adresas

Telefonas

PRAŠYMAS KOMPENSUOTI KOCHLEARINIO IMPLANTO, BAHA ĮSRIEGIAMOJO KAULINIO IMPLANTO, VIDURINĖS AUSIES KLAUSOS SISTEMOS IR ATSARGINIO ŠIŲ MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ PROCESORIAUS ĮSIGIJIMO IŠLAIDAS

20__m._____d. _____

(pildymo data ir vieta)

Prašau kompensuoti (pirmojo/antrojo tipo) kochlearinio implanto, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto, vidurinės ausies klausos sistemos, kochlearinio implanto atsarginio procesoriaus, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto atsarginio procesoriaus ar vidurinės ausies klausos sistemos atsarginio procesoriaus (*kas reikalinga, pabraukti*) įsigijimo išlaidas. Su Kochlearinio implanto, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto, vidurinės ausies klausos sistemos ir atsarginio šių medicinos pagalbos priemonių procesoriaus įsigijimo išlaidų kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

Paciento parašas (arba vieno iš tėvų, globėjų vardas, pavardė ir parašas) _____

(pildo gydytojų konsiliumas)

GYDYTOJŲ KONSILIUMO IŠVADOS

20__m._____mėn.____d. _____

(pildymo data ir vieta)

Klinikinė diagnozė (nustatymo data ir kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą (Australijos modifikaciją):

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

Diagnostinių tyrimų (įskaitant radiologinius) rezultatai ir jų atlikimo data:

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

Gydytojų specialistų konsultacijų išvados:

• gydytojų otorinolaringologų:

audiometrijos rezultatų įvertinimas:

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

reabilitacijos, taikant klausos aparatus, efektyvumo įvertinimas:

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

• vaikų ligų gydytojo ar vidaus ligų gydytojo:

.....
.....

• gydytojo neurologo ar gydytojo vaikų neurologo:

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

Vaiko raidos vertinimo patikrinimo rezultatai:

.....
.....

Indikacijos, pagal kurias rekomenduojamas pirmojo ar antrojo tipo implantas:

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

Gydytojų konsiliumo išvados:

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

gydytojo otorinolaringologo vardas, pavardė, spaudas ir parašas:

.....
.....

gydytojo otorinolaringologo vardas, pavardė, spaudas ir parašas:

.....
.....

gydytojo otorinolaringologo vardas, pavardė, spaudas ir parašas:

.....
.....

administracijos atstovo/padalinio vadovo vardas, pavardė, spaudas ir parašas:

...