

FORMULÁŘ K PŘIDĚLENÍ ELEKTRICKÉHO VOZÍKU

Podmínkou schválení úhrady elektrického vozíku je splnění kritérií:

- Dostatečné fyzické a mentální schopnosti pro bezpečné užití elektrického vozíku
- Trvalé těžké nebo trvalé úplné omezení schopnosti chůze na krátké vzdálenosti k zajištění samostatné mobility v kombinaci s těžkou poruchou funkce horních končetin a případně trupu neb s chronickým onemocněním, které neumožňuje zvýšit zátěž a využití mechanického vozíku

Max. rychlost 6km/hod

Z uvedených možností v odstavcích žádosti vyberte údaj dle skutečnosti, nehodící škrtněte. Prosíme o čitelné vyplnění žádosti.

Vyplní pojištěnec:

Jméno:..... Příjmení:.....

Číslo pojištění:.....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: městské – venkovské Vstup do domu bez bariér: ano – ne

Terén: rovinný – 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:

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, v případě požadavku na elektrický vozík převážně interiérový základní – i 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 lékaře

Oční vyšetření oftalmologem:

Dle závěru vyšetření je: **schopen – neschopen**

Datum.....Jméno.....

Podpis a razítko lékaře.....

Ortopedické vyšetření:

Dle ortopedického vyšetření elektrický vozík indikován: **ano – ne**

Datum:.....Jméno:.....

Podpis a razítko lékaře:.....

Psychologické/psychiatrické vyšetření:

Je zaměřeno na schopnost pojištěnce chápat principy silničního provozu a zároveň na jeho schopnost bezpečně samostatně 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 lékaře:

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:.....

Pojištěnec si navrhovaný el. vozík vyzkoušel a je schopen ho bezpečně ovládat.

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:

Součástí žádosti jsou přílohy:

1)**Zaměřovací protokol** se všemi vyplněnými náležitostmi včetně podpisu pojištěnce/zákonného zástupce a technika dodavatele. Včetně návrhu cenové kalkulace při nezbytné individuální úpravě

2)u zapůjčeného elektrického invalidního vozíku formulář **Prohlídka ZP za účelem vyřazení z provozu** – vyplní servisní technik dodavatele a revizní technik