

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 chůze na krátké vzdálenosti, k zajištění samostatné mobility v kombinaci s těžkou poruchou funkce horních končetin a případně trupu nebo s chronickým onemocněním, které neumožňuje zvýšit zátěž a využití mechanického vozíku

Max. rychlost 6 km/hod.

Terén: **rovinatý – 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.

Datum:.....Jméno:.....

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 samostatně a 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, ve znění pozdějších předpisů.

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 a identifikace standardní výbavy vozíku. Včetně návrhu cenové kalkulace při nezbytné individuální úpravě

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