Eelluba plaaniliseks välisraviks - Konsiiliumi protokolli vorm

Palume täita kõik vormil olevad väljad

**Patsiendi andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| E-posti aadress |  |
| Kontakttelefonid |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Patsiendi kliiniline diagnoos ja RHK10 kood: |  |
| Konsiiliumi toimumise koht: |  |
| Konsiiliumil osalejad: |  |

Konsiiliumi toimumise kuupäev: "     "       20

**Hinnangu andmine:**

**- Ravikindlustuse seaduse § 271 lg 1 sätestatud kriteeriumitele**

**- Euroopa Parlamendi ja Nõukogu (EÜ) määruse nr 883/2004 artiklis 20 sätestatud kriteeriumitele**

**1. Taotletava tervishoiuteenuse (uuringu/ravi) nimetus**:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**2. Kas taotletava tervishoiuteenuse osutamine on kindlustatud isikule meditsiiniliselt näidustatud?**

jah  ei

Selgitus:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**3. Kas taotletaval tervishoiuteenusel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus?**

jah  ei

Selgitus:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**4. Milline on meditsiiniliselt õigustatud tähtaeg, millal peaks patsiendile taotletavat tervishoiuteenust osutama, võttes arvesse tema tervislikku seisundit ja haiguse võimalikku kulgu?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**5. Kas taotletava tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus on vähemalt 50 protsenti?** Mis on antud tervishoiuteenuse puhul oodatav eesmärk/tulem

ning milline on selle eesmärgi saavutamise tõenäosus taotletava teenuse puhul?

(võimalusel viide allikale)

|  |
| --- |
|  |
|  |

**6. Taotletava tervishoiuteenuse osutamise võimalikkus Eestis**

|  |  |
| --- | --- |
| Kas taotletavat tervishoiuteenust on võimalik antud patsiendile Eestis osutada? | jah  ei |
| Kas taotletav tervishoiuteenus kuulub Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu? | jah  ei |
| Kas Eestis on taotletavale tervishoiuteenusele alternatiivseid, antud patsiendile näidustatud tervishoiuteenuseid? | jah  ei |

Selgitused:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**7. Kui taotletavat tervishoiuteenust osutatakse ka Eestis (p.6.1 ja 6.2. vastused "jah"), siis kas seda on võimalik osutada meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul, võttes arvesse patsiendi tervislikku seisundit ja haiguse võimalikku kulgu?**

jah  ei

**8. Nimetage tervishoiuteenust osutav raviasutus Eestis:**

|  |
| --- |
|  |

**9. Muud märkused ja kommentaarid: (taotletava tervishoiuteenuse eeldatava maksumus, raviasutuse kontaktid jne):**

|  |
| --- |
|  |
|  |

Konsiiliumil osalenute allkirjad:

**NB!** Allkirjastatud konsiiliumi otsus saatke postiga aadressile Eesti Haigekassa, Lembitu 10, Tallinn 10114. Digiallkirjastatud konsiiliumi otsus edastage meiliaadressil info@haigekassa.ee , kuna tegemist on delikaatsete isikuandmetega, soovitame dokumendi krüpteerimiseks vajalikud andmed eelnevalt kokku leppida e-posti aadressil [valisravi@haigekassa.ee](mailto:valisravi@haigekassa.ee).

*Konsiiliumi otsus on teenusena olemas ka Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus koodiga 3034. Kui Te olete esitanud meile korrektse konsiiliumi otsuse, on võimalik esitada arve antud teenuse eest oma ravi rahastamise lepingu haldurile haigekassas.*