

# ŽÁDOST

**VoZP****VOJENSKÁ  
ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA**

## O PŘÍSPĚVEK NA DIETU PRO PACIENTY S DĚDIČNOU METABOLICKOU PORUCHOU

### ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK

(v případě žádosti pro dítě jeho zákonný zástupce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO  
POJIŠTĚNCE:

ADRESA:

TELEFON:

E-MAIL:

UVEĎTE PROSÍM ÚČET PRO ZASLÁNÍ  
FINANČNÍHO PŘÍSPĚVKU:

číslo účtu:

kód banky:

**Žádám o příspěvek z fondu prevence VoZP ČR na speciální potraviny pro nízkobílkovinnou dietu. Svým podpisem stvrzuji, že produkt/y, na který/é žádám o příspěvek, jsem čerpal a uhradil osobně (čerpal pojištěnec, jehož jsem zákonným zástupcem) a že jsem oprávněným uživatelem uvedeného účtu.**

V

DNE

.....  
PODPIS ŽADATELE

K této žádosti je třeba přiložit doklad(y) o úhradě, ze kterých je zřejmé, že šlo o potraviny pro nízkobílkovinnou dietu. Doklad o úhradě nesmí být **starší 90 dnů, pokud je předkládáno více dokladů v daném roce, pak lhůta plyne od data na tom posledním.**

### Informace o zpracování osobních údajů

Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz).

### VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ:

**Potvrzuji, že výše jmenovaný pacient vykazuje diagnózu dědičná metabolická porucha**

(E70.0 Klasická fenylketonurie, E70.1 Jiné hyperfenylalaninemie, E70.2 Poruchy metabolismu tyrosinu, E71.0 Nemoc javorového sirupu – Leucinóza, E71.1 Jiné poruchy metabolismu aminokyselin s rozvětveným řetězcem, E72.1 Poruchy metabolismu aminokyselin nesoucích síru, E72.2 Poruchy metabolismu cyklu močoviny, E72.3 Poruchy metabolismu lyzinu a hydroxylyzinu, E73.0 Vrozený nedostatek laktázy, K90.0 Celiakie).

V

DNE

.....  
Razítko a podpis lékaře