



# Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO



## Ιατρική δήλωση

### Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς που χρησιμοποιεί εξοπλισμό υποστήριξης ζωής:	
Διεύθυνση ασθενούς:	
Αριθμός επικοινωνίας ασθενούς κατά τις εργάσιμες ώρες:	

Συναινώ στην κοινοποίηση των ιατρικών μου αρχείων που σχετίζονται με αυτή την αίτηση στο OECC εάν απαιτείται στο πλαίσιο των υποχρεώσεών του για τη διαχείριση αυτής της έκπτωσης. Έχω διαβάσει και κατανοήσι την Ειδοποίηση Απορρήτου περί Συλλογής Προσωπικών Δεδομένων για Ενεργειακές Εκπτώσεις.

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

### Στοιχεία γιατρού

Αυτό το τμήμα πρέπει να συμπληρωθεί από τον γιατρό του ασθενούς.

Όνομα γιατρού:	
Αριθμός παρόχου:	
Όνομα υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση της κατάστασης του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):	
Αριθμός τηλεφώνου της υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):	

### Ιατρική αξιολόγηση

Για να πληροί τα κριτήρια για την Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO, ο ασθενής πρέπει να έχει αξιολογηθεί από εγγεγραμμένο γιατρό που τον κουράρει για τουλάχιστον 3 μήνες, όπου ο ασθενής:

- δεν είναι σε θέση να ρυθμίσει ο ίδιος τη θερμοκρασία του σώματός του
- πληροί μία από τις τέσσερις κύριες απαιτούμενες προϋποθέσεις και μία από τις τρεις δευτερεύουσες απαιτούμενες προϋποθέσεις που παρατίθενται στον πίνακα.

## Δήλωση γιατρού

Πιστοποιώ ότι ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα αυτορρύθμισης της θερμοκρασίας του σώματός του. Παρακολουθώ τον ασθενή για τουλάχιστον 3 μήνες/αυτός ο ασθενής έχει υποβληθεί σε θεραπεία από την υπηρεσία Royal Flying Doctor Service σε μια απομακρυσμένη και επαρχιακή περιοχή της NNO για τουλάχιστον 3 μήνες, και πληροί τουλάχιστον μία κύρια και μία δευτερεύουσα απαιτούμενη προϋπόθεση, όπως υποδεικνύεται σ' αυτόν τον πίνακα:

Κύριες απαιτούμενες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Σημειώστε
Δυσλειτουργία αυτόνομου συστήματος (ιατρικές παθήσεις στις οποίες έχει υποστεί βλάβη το αυτόνομο σύστημα, όπως σοβαρός τραυματισμός νωτιαίου μυελού, εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικό τραύμα και νευροεκφυλιστικές διαταραχές).	<input type="checkbox"/>
Απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος ή απώλεια της ικανότητας εφίδρωσης (π.χ. σημαντικά εγκαύματα μεγαλύτερης έκτασης από το 20% του σώματος, σοβαρές φλεγμονώδεις δερματικές παθήσεις και ορισμένες σπάνιες μορφές διαταραγμένης εφίδρωσης).	<input type="checkbox"/>
Αντικειμενική μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (π.χ. προχωρημένη σκλήρυνση κατά πλάκας).	<input type="checkbox"/>
Υπερευαίσθησία σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες που οδηγεί σε αυξημένο πόνο ή άλλη ενόχληση ή αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών (π.χ. σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου και προχωρημένη περιφερική αγγειοπάθεια).	<input type="checkbox"/>
Δευτερεύουσες απαιτούμενες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Σημειώστε
Σοβαρή ακινησία, όπως συμβαίνει με την τετραπληγία ή την υψηλού επιπέδου παραπληγία, ιδίως πάνω από τη μέση θωρακική μοίρα (T7), που καταλήγει σε προβλήματα με την αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος λόγω απώλειας ελέγχου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.	<input type="checkbox"/>
Αποδεδειγμένη σημαντική απώλεια αυτόνομης ρύθμισης της εφίδρωσης, του καρδιακού ρυθμού ή της αρτηριακής πίεσης.	<input type="checkbox"/>
Αποδεδειγμένη απώλεια φυσιολογικής λειτουργίας ή σημαντική επιδείνωση της κλινικής κατάστασης σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες.	<input type="checkbox"/>

Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρασχέθηκαν σ' αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

Συναινώ να επικοινωνήσει το ΟΕCC μαζί μου για να επιβεβαιώσει την ακρίβεια των προσωπικών δεδομένων και των πληροφοριών υγείας που παρασχέθηκαν σε αυτό το έντυπο.

Υπογραφή γιατρού:

Ημερομηνία: