

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 122023ΑΗCP00550

Προς: Κλινικούς Διαιτολόγους, Προσωπικούς Ιατρούς, Ειδικούς Ιατρούς

**ΘΕΜΑ: Τροποποιήσεις στο έντυπο υποβολής αιτημάτων επιπρόσθετων
θεραπειών σε Κλινικό Διαιτολόγο για εξαιρετικές περιπτώσεις**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας επιθυμεί να ενημερώσει τους Κλινικούς Διαιτολόγους αναφορικά με τροποποιήσεις στο έντυπο υποβολής αιτημάτων για την παροχή υπηρεσιών πέραν των προβλεπόμενων σε Κλινικό Διαιτολόγο για εξαιρετικές περιπτώσεις (**Συνημμένο 1**).

Οι πιο πάνω αλλαγές τίθενται σε ισχύ στις 15 Δεκεμβρίου 2023.

Συνημμένο 1

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΩΝ

Υπηρεσίες Κλινικής Διαιτολογίας

Μέρος Α

Κωδικός ΓεΣΥ Δικαιούχου :

Ημερομηνία Γέννησης : Φύλο:

Διατροφική Διάγνωση (ICD10):

Ιατρική διάγνωση(ICD10): (εάν είναι διαφορετική από την διατροφική):

Μέρος Β

1. Σύντομη περιγραφή του ιστορικού, κλινικής εικόνας του ασθενούς και διατροφική αξιολόγηση (Ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή, μη φυσιολογικές αιματολογικές/βιοχημικές ή άλλες αναλύσεις, ανθρωπομετρήσεις, διατροφικά στοιχεία και υπολογισμοί ανάκλησης διατροφής, εκτίμηση αναγκών και τυχών περιβαλλοντικά/κοινωνικά στοιχεία):

.....
.....
.....

2. Διατροφική Διάγνωση Πρόβλημα Αιτιολογία Συμπτώματα Σημεία (ΔΔ- ΠΑΣ) και Διατροφικοί Στόχοι:

.....
.....
.....

3. Καταγραφή των ενεργειών που έγιναν κατά τις προηγούμενες επισκέψεις π.χ. οδηγίες διαιτολόγου, αλλαγές βάρους, αλλαγές στη βιοχημεία, ΔΔ-ΠΑΣ και διατροφικοί στόχοι που υλοποιήθηκαν:

.....

.....

.....

Μέρος Γ

Ενδείξεις για τις οποίες τεκμηριώνεται η ανάγκη για παροχή επιπλέον θεραπειών:

- Επιπλέον ΔΔ-ΠΑΣ και διατροφικοί στόχοι που απορρέουν
.....
.....
- Ποια η ανάγκη για επιπλέον παρέμβαση
.....
.....
- Ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα από επιπλέον επισκέψεις. Παρακαλώ όπως αναφέρετε την συχνότητα των επισκέψεων
.....
.....

Προτεινόμενος αριθμός επιπλέον θεραπειών για το έτος:

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε οποιεσδήποτε άλλες συμπληρωματικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα το προτεινόμενο πρωτόκολλο θεραπείας, διεθνής βιβλιογραφία/κατευθυντήριες οδηγίες κ.α. (Προαιρετικό)

ΜΕΡΟΣ Δ

Ονοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας:

Κωδικός ΓεΣΥ ΑΕΥ:..... Τηλ. Επικοινωνίας:

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Ονοματεπώνυμο Θεράποντα Ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα: