

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 072026ΑΗCP08163

Προς: Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, Ψυχίατροι

ΘΕΜΑ: Τροποποίηση στο Έντυπο Υποβολής Αιτημάτων για παροχή υπηρεσιών πέραν των προβλεπόμενων.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας εκδίδει το παρόν έγγραφο δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου 2001-2026 και σύμφωνα με τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Νοσηλευτές και Μαίες) Κανονισμούς (Κ.Δ.365/2020) με σκοπό να ενημερώσει τους παροχείς για την τροποποίηση του Έντυπου Υποβολής Αιτημάτων για παροχή υπηρεσιών πέραν των προβλεπόμενων (Συνημμένο 1) μέσω της δραστηριότητας PNURS06. Η τροποποίηση έχει σημειωθεί με κόκκινο χρώμα για εύκολη αναφορά.

Οι πιο πάνω αλλαγές τίθενται σε ισχύ στις 09 Ιουλίου 2026.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία: 09 Ιουλίου 2026

Συνημμένο 1

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΩΝ

Υπηρεσίες Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Παρακαλώ συμπληρώστε όλα τα μέρη του έντυπου (Α-Γ)

ΜΕΡΟΣ Α

Κωδικός ΓεΣΥ Δικαιούχου:

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή του ιστορικού και κλινικής εικόνας του δικαιούχου:

.....

.....

.....

.....

Λόγος που παραπέμφθηκε ο δικαιούχος για Υπηρεσίες Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας:

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία έναρξης επισκέψεων και σύντομη περιγραφή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων μέχρι σήμερα:

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

Νοσηλευτικό πλάνο (στοχοθέτηση των επισκέψεων που αιτήστε, παρεμβάσεις νοσηλευτικής που αναμένονται):

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

Αρ. Επισκέψεων που δύναται να λάβει ο Δικαιούχος για το έτος (επιλέξτε): 12 ή 24

Αριθμός επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν (για το έτος):

Προτεινόμενος αριθμός επιπλέον επισκέψεων (για το έτος):

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε το πρωτόκολλο θεραπείας που ακολουθείται καθώς και οποιεσδήποτε άλλες συμπληρωματικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα διεθνής βιβλιογραφία/κατευθυντήριες οδηγίες κ.α. οι οποίες θα διευκολύνουν την απόφαση της αρμόδιας επιτροπής.

ΜΕΡΟΣ Β

Ονοματεπώνυμο Νοσηλευτή:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτή:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα: