

## Περιεχόμενα

### Ωτορινολαρυγγολογία

99202-ENT .....	5
99203-ENT .....	6
99350:.....	7
99212-ENT .....	8
99214-ENT .....	9
99215-ENT .....	10
99441 .....	11
CY284:.....	12
10021 .....	13
10022 .....	15
CY170 .....	17
CY171 .....	19
CY172 .....	21
CY173 .....	23
11640 .....	25
11641 .....	26
11642 .....	27
11643 .....	28
11644 .....	29
11646 .....	30
12011 .....	31
12013 .....	32
12014 .....	33
12015 .....	34
12016 .....	35
12017 .....	36
12018 .....	37
14060 .....	38
21337 .....	39
30020 .....	40

<b>30110</b> .....	41
<b>30124</b> .....	42
<b>30220</b> .....	43
<b>30300</b> .....	44
<b>30801</b> .....	45
<b>30901</b> .....	46
<b>30903</b> .....	47
<b>30905</b> .....	48
<b>31000</b> .....	49
<b>31231</b> .....	50
<b>31502</b> .....	52
<b>31502-51</b> .....	53
<b>31505</b> .....	54
<b>31513</b> .....	55
<b>31572</b> .....	56
<b>31573</b> .....	57
<b>31574</b> .....	58
<b>31575</b> .....	59
<b>31575-58</b> .....	61
<b>31576</b> .....	63
<b>31577</b> .....	64
<b>31579</b> .....	65
<b>38510</b> .....	66
<b>40490</b> .....	67
<b>41010</b> .....	68
<b>41100</b> .....	69
<b>41108</b> .....	70
<b>42140</b> .....	71
<b>42330</b> .....	72
<b>42335</b> .....	73
<b>42340</b> .....	74
<b>42660</b> .....	75
<b>42699</b> .....	76
<b>42700</b> .....	77
<b>42804</b> .....	78
<b>42809</b> .....	79

43752.....	80
69000.....	81
69005.....	82
69020.....	83
69100.....	84
69200.....	85
69209.....	86
69210.....	87
69433.....	88
69801.....	89
70390.....	90
92512.....	91
92520.....	92
92537.....	93
92540.....	94
92542.....	95
92548.....	96
92552.....	97
92553.....	98
92553-76.....	100
92555.....	102
92556.....	103
92557.....	104
92558.....	105
92567.....	106
92568.....	107
92570.....	108
92582.....	109
92583.....	110
92584.....	111
92585.....	112
92587.....	113
92588.....	114
92597.....	115
92601.....	116
92602.....	117

<b>92603</b> .....	118
<b>92604</b> .....	119
<b>92612</b> .....	120
<b>92613</b> .....	121
<b>95017</b> .....	122
<b>95018</b> .....	123
<b>95992</b> .....	124
<b>CY089</b> .....	125
<b>CY125</b> .....	127
<b>CY162</b> .....	129
<b>CY163</b> .....	131
<b>CY164</b> .....	133
<b>CY165</b> .....	137
<b>CY240</b> .....	141
<b>CY241</b> .....	145
<b>CY280</b> .....	149
<b>CY293</b> .....	150
<b>CY294</b> .....	159
<b>CY295</b> .....	168

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99202-ENT: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; Straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of low to moderate severity. Typically, 20 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός αυτός θα χρησιμοποιείται για αρχικές επισκέψεις σε Ωτορινολαρυγγολόγο.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99203-ENT: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate severity. Typically, 30 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός αυτός θα χρησιμοποιείται για αρχικές επισκέψεις σε Ωτορινολαρυγγολόγο.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99350: Home visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components:1.A comprehensive interval history;2.A comprehensive examination;3.Medical decision making of moderate to high complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs.

Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. The patient may be unstable or may have developed a significant new problem requiring immediate physician attention. Typically, 60 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός αυτός αφορά στην παροχή κατ'οίκον φροντίδας υγείας σε ασθενείς που είναι προσωρινά ή μόνιμα κατακεκλιμένοι, προκειμένου να πραγματοποιηθεί αλλαγή τραχειοσωλήνα. Δύναται να υποβληθεί μόνο με τους κωδικούς 31502 και 31502-51.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99212-ENT: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; Straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are self-limited or minor. Typically, 10 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός αυτός θα χρησιμοποιείται σε όλες τις επαναληπτικές επισκέψεις σε Ωτορινολαρυγγολόγο με εξαίρεση τις περιπτώσεις διερεύνησης ιλίγγου και καρκίνου κεφαλής/λαιμού.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99214-ENT: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 25 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99215-ENT: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 40 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός αυτός θα χρησιμοποιείται στις επαναληπτικές επισκέψεις σε Ωτορινολαρυγγολόγο που αφορούν περιπτώσεις διερεύνησης ιλίγγου και καρκίνου κεφαλής/ λαιμού.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

99441: Telephone evaluation and management service by a physician or other qualified health care professional who may report evaluation and management services provided to an established patient, parent, or guardian not originating from a related E/M service provided within the previous 7 days nor leading to an E/M service or procedure within the next 24 hours or soonest available appointment; 5-10 minutes of medical discussion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

CY284: Postoperative visit within <30 days from discharge

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεδομένης της μη δυνατότητας υποβολής επίσκεψης μέχρι 30 ημέρες από το εξιτήριο του δικαιούχου μετά από χειρουργική επέμβαση και προκειμένου να πραγματοποιείται η αξιολόγηση του ασθενούς καθώς και η παραπομπή του σε φυσιοθεραπεία εκεί και όπου χρειάζεται μετά το εξιτήριό του από το νοσηλευτήριο, ο ιατρός δύναται να ανοίξει επίσκεψη σε <30 ημέρες από το εξιτήριο με τον κωδικό αυτό.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με τον κωδικό CY280 με την διάγνωση Z98.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

10021: Fine needle aspiration biopsy, without imaging guidance; first lesion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με την δραστηριότητα 10022.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης  
χωρίς απεικονιστική καθοδήγηση**

**(για τον κωδικό 10021)**

Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

10022: Fine needle aspiration; with imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με την δραστηριότητα 10021.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης με  
απεικονιστική καθοδήγηση**

**(για τον κωδικό 10022)**

Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο  
πάνω δραστηριότητας.....



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν  
καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και  
καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις  
συνιστούν ποινικό αδίκημα.

# Ωπορινολαρυγγολογία

CY170: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

\*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

# Ωπορινολαρυγγολογία

CY171: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY170.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

\*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

# Ωπορινολαρυγγολογία

CY172: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

\*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

# Ωτορινολαρυγγολογία

CY173: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY172.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

\*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11640: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 0.5 cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11641: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 0.6 to 1.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11642: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 1.1 to 2.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11643: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 2.1 to 3.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11644: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 3.1 to 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

11646: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter over 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12011: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 2.5 cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L98.9, R42, S41.0.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12013: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 2.6 cm to 5.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J06.9, R03.0, R19.8, S41.0.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12014: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 5.1 cm to 7.5 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12015: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 7.6 cm to 12.5 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12016: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 12.6 cm to 20.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12017: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 20.1 cm to 30.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

12018: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; over 30.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωπορινολαρυγγολογία

---

14060: Adjacent tissue transfer or rearrangement, eyelids, nose, ears and/or lips; defect 10 sq cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου υπό την μορφή της φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα μετά την διεργασία στις περιπτώσεις όπου η ιατρική πράξη δεν αφορά σε ευαίσθητες περιοχές του σώματος.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις που η διενεργηθείσα πράξη αφορά στην περιοχή του σώματος που περιλαμβάνεται στην περιγραφή του κωδικού.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

21337: Closed treatment of nasal fracture, with or without stabilization.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη πριν περάσει 1 χρόνος.
- Προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου υπό την μορφή της φωτοτεκμηρίωσης. Η τεκμηρίωση θα πρέπει να λαμβάνεται προ της διενέργειας της διεργασίας.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 5% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30020: Drainage abscess or hematoma, nasal septum.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 1% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30110: Excision, nasal polyp(s), simple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη πριν περάσει 1 χρόνος.
- Απαιτείται τεκμηρίωση από έκθεση Καρδιολόγου/Παθολόγου που να αναφέρει ότι δεν μπορεί να χορηγηθεί γενική αναισθησία ή έχει προηγηθεί FESS.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30124: Excision dermoid cyst, nose; simple, skin, subcutaneous.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30220: Insertion, nasal septal prosthesis (button).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30300: Removal foreign body, intranasal; office type procedure.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J30.0, J32.4, J32.8, J32.9, K91.8, S31.0, R04.0, R07.0, R10.3.
  - Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 1% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30801: Ablation, soft tissue of inferior turbinates, unilateral or bilateral, any method (e.g. electrocautery, radiofrequency ablation, or tissue volume reduction); superficial.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη πριν περάσουν 2 χρόνια.
- Η αποζημίωση περιλαμβάνει την διενέργεια της δραστηριότητας στην μία ή και στις δύο πλευρές.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 5% των μηνιαίων επισκέψεων.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30901: Control nasal hemorrhage, anterior, simple (limited cautery and/or packing) any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, G93.3, E01.0, E01.2, J30.0, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J10.1, J11.1, K21.0, R63.1, R09.8, R10.1.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30903: Control nasal hemorrhage, anterior, complex (extensive cautery and/or packing) any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, G93.3, J32.2, J32.4, J32.8, J32.9, J44.0, K21.0, R42.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 2% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

30905: Control nasal hemorrhage, posterior, with posterior nasal packs and/or cautery, any method; initial.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 1% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: J32.9.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

31000: Lavage by cannulation; maxillary sinus (antrum puncture).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 0.5% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

31231: Nasal endoscopy, diagnostic, unilateral or bilateral (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες ενδοσκοπήσεις που δίνουν παρόμοια αποτελέσματα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες: 31513, 31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 45% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να υποβληθεί σε συνδυασμό με μία τις εξής διαγνώσεις: R43.0, C30.0, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C12, D21.9, D21.0, C86.0, J01.0, J30.0, J30.1, J30.2, J30.3,

J30.4, J31.0, J32.0, J32.1, J32.2, J32.3, J32.4, J32.8, J32.9, J33.0, J33.1, J33.8, J33.9, J34.0, J34.1, J34.2, J34.3, J34.8, J35.8, K04.6, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J01.1, R43.0, R43.1, R43.8, R04.0, T17.0, T70.1, H04.5.

- Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: R09.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

31502: Tracheotomy tube change prior to establishment of fistula tract.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται η επανάληψη της δραστηριότητας.
- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 31502-51.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 31502-51: Tracheotomy tube change prior to establishment of fistula tract.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Σε περιπτώσεις αλλαγής του τραχειοσωλήνα πέραν της πρώτης αλλαγής.
- Δεν επιτρέπεται ο συνδυασμός της με τον κωδικό 31502.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 31505: Laryngoscopy, indirect; Diagnostic

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31572, 31573, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198.
- Στο πεδίο των κλινικών σημειώσεων θα πρέπει να περιγράφονται κατ' ελάχιστον η ύπαρξη μορφώματος στις φωνητικές χορδές (ΝΑΙ/ΟΧΙ) και χαρακτηριστικά αυτού, όπως και η κινητικότητα φωνητικών χορδών (ΝΑΙ/ΟΧΙ).

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 31513: Laryngoscopy, indirect; with vocal cord injection.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31231, 31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 92612, 43197, 43198.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

31572: Laryngoscopy, flexible; with ablation or destruction of lesion(s) with laser, unilateral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

31573: Laryngoscopy, flexible; with therapeutic injection(s) (e.g. chemodenervation agent or corticosteroid, injected percutaneous, transoral, or via endoscope channel), unilateral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

31574: Laryngoscopy, flexible; with injection(s) for augmentation (e.g. percutaneous, transoral), unilateral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

31575: Laryngoscopy, flexible; diagnostic.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να υποβληθεί σε συνδυασμό με μία τις εξής διαγνώσεις: C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, D21.0, C76.0, K22.6, K22.7, K22.8, K22.9, K23.0, K23.1, K23.8, K22.3, K22.4, K22.5, J38.0, J38.1, J38.2, J38.3, J38.4, J38.5, J38.6, J38.7, J06.0, J06.8, J06.9, K20, K21.0, K21.9, K22.0, K22.1, K22.2, R04.1, R04.2, R04.8, R04.9, R05, R06.0, R06.1, R06.2, R06.3, R06.4, R06.5, R06.6, R06.7, R06.8, R49.0, R49.1, R49.2, R49.8, R19.0, R19.1, R19.2, R19.3, R19.4, R19.5, R19.6, R19.8, R22.0, R22.1.

- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

31575-58: Laryngoscopy, flexible; diagnostic.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Μόνο στις περιπτώσεις διερεύνησης καρκίνου κεφαλής ή/και λαιμού και διερεύνησης αποφρακτικής άπνοιας.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο που αφορά την χρήση της Δραστηριότητας 31575-58**  
**Λαρυγγοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, διαγνωστική**

Ο Οργανισμός αποζημιώνει τη διενέργεια της δραστηριότητας **31575-58** **Λαρυγγοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, διαγνωστική**, μόνο στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. Ιστολογικά επιβεβαιωμένης κακοήθειας κεφαλής και τραχήλου
2. Υπνικής άπνοιας, επιβεβαιωμένης με μελέτη ύπνου

Παρακαλώ καταχωρήστε πια από τις πιο πάνω περιπτώσεις (1,2) ισχύει\*: .....

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση, πρέπει να είναι συμπληρωμένο το πιο πάνω πεδίο.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 31576: Laryngoscopy, flexible; with biopsy(ies).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31577, 31579, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

31577: Laryngoscopy, flexible; with removal of foreign body(s).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575,31575-58, 31576, 31579, 43197, 43198,92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

31579: Laryngoscopy, flexible or rigid telescopic, with stroboscopy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 43197, 43198, 92612.
- Το αρχείο που μεταφορτώνεται στο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως χαρακτηριστικές φωτογραφίες από τη διενέργεια της εν λόγω διεργασίας, στις οποίες να συμπεριλαμβάνονται τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμός ταυτότητας), η ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας και ο κωδικός της δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει η περιγραφή της διεργασίας και τα αποτελέσματα/συμπεράσματα αυτής, να μεταφορτώνονται μαζί με τις φωτογραφίες υπό μορφή ιατρικής έκθεσης ή εναλλακτικά να περιγράφονται πλήρως στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 25% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: J30.0.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

38510: Biopsy or excision of lymph node(s); open, deep cervical node(s).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

40490: Biopsy of lip.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 41010: Incision of lingual frenum (frenotomy).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: Z41.2.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

41100: Biopsy of tongue; anterior two-thirds.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 41108: Biopsy of floor of mouth.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: I10.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42140: Uvulectomy, excision of uvula.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν είτε η βιοψία όγκου/ σχετική διάγνωση, είτε τα αποτελέσματα της εξέτασης ύπνου που να καταδεικνύουν σκορ άπνοιας/ υπόπνοιας (AHI)  $\leq 15$ .
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 0.5% των μηνιαίων επισκέψεων.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42330: Sialolithotomy; submandibular, sublingual or parotid, uncomplicated, intraoral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 0.5% των μηνιαίων επισκέψεων.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42335: Sialolithotomy; submandibular (submaxillary), complicated, intraoral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42340: Sialolithotomy; parotid, extraoral or complicated intraoral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42660: Dilation and catheterization of salivary duct, with or without injection.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42699: Unlisted procedure, salivary glands or ducts.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Μόνο σε περιπτώσεις σιαλενδοσκόπησης.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι απεικονίσεις σιαλενδοσκόπησης με την έκθεση αποτελεσμάτων.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 0.5% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42700: Incision and Drainage abscess; peritonsillar.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J32.4, J32.8, K21.0.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42804: Biopsy; nasopharynx, visible lesion, simple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

42809: Removal of foreign body from pharynx.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 1% των μηνιαίων επισκέψεων.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J32.9, O99.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

43752: Naso- or oro-gastric tube placement, requiring physician's skill and fluoroscopic guidance (includes fluoroscopy, image documentation and report).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K65.9

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69000: Drainage external ear, abscess or hematoma; simple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 1% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69005: Drainage external ear, abscess or hematoma; complicated.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69020: Drainage external auditory canal, abscess.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L02.9, L98.3.
  - Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 3% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69100: Biopsy external ear.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69200: Removal foreign body from external auditory canal; without general anesthesia.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J30.0, J32.4, J32.8, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, K52.8, K52.9, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8, R04.0, R09.8.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 5% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 69209: Removal impacted cerumen using irrigation/lavage, unilateral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 69210.
- Επανάληψη επιτρέπεται μετά την πάροδο 30 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να συνδυαστεί με μία από τις εξής διαγνώσεις: Z01.1, B05.3, C30.0, C30.1, H62.3, H62.4, H62.8, H65.0, H65.1, H62.0, H62.1, H62.2, H65.2, H65.3, H65.4, H65.9, H66.0, H66.1, H66.2, H66.3, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H71, H73.0, H73.1, H73.8, H73.9, H80.0, H80.1, H80.2, H80.8, H80.9, H81.0, H81.1, H81.2, H81.3, H81.4, H81.8, H81.9, H82, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H90.0, H91.8, H91.9, H92.0, H92.1, H92.2, H93.0, H93.1, H93.2, H93.3, H93.8, H93.9, H95.0, H95.1, H95.8, H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H95.9, R50.2, R50.8, R50.9.

# Ωτορινολαρυγγολογία

## 69210: Removal impacted cerumen requiring instrumentation, unilateral.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 69209.
- Επανάληψη επιτρέπεται μετά την πάροδο 30 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να συνδυαστεί με μία από τις εξής διαγνώσεις: Z01.1, B05.3, C30.0, C30.1, H62.3, H62.4, H62.8, H65.0, H65.1, H62.0, H62.1, H62.2, H65.2, H65.3, H65.4, H65.9, H66.0, H66.1, H66.2, H66.3, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H71, H73.0, H73.1, H73.8, H73.9, H80.0, H80.1, H80.2, H80.8, H80.9, H81.0, H81.1, H81.2, H81.3, H81.4, H81.8, H81.9, H82, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H90.0, H91.8, H91.9, H92.0, H92.1, H92.2, H93.0, H93.1, H93.2, H93.3, H93.8, H93.9, H95.0, H95.1, H95.8, H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H95.9, R50.2, R50.8, R50.9.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: H62.4, H66.0, H90.4, H92.0, H95.1, H60.3

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69433: Tympanostomy (requiring insertion of ventilating tube), local or topical anesthesia.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 1% των μηνιαίων επισκέψεων.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

69801: Labyrinthotomy, with perfusion of vestibuloactive drug(s), transcanal.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

70390: Sialography, radiological supervision and interpretation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92512: Nasal function studies (e.g. rhinomanometry).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα θα αποζημιώνεται όταν δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το ποσοστό του 2% των μηνιαίων επισκέψεων.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92520: Laryngeal function studies (i.e. aerodynamic testing and acoustic testing).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92537: Caloric vestibular test with recording, bilateral; bithermal (i.e. one warm and one cool irrigation in each ear for a total of four irrigations).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92540: Basic vestibular evaluation, includes spontaneous nystagmus test with eccentric gaze fixation nystagmus, with recording, positional nystagmus test, minimum of 4 positions, with recording, optokinetic nystagmus test, bidirectional foveal and peripheral stimulation, with recording, and oscillating tracking test, with recording.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τη δραστηριότητα 92542.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92542: Positional nystagmus test, minimum of 4 positions, with recording.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τη δραστηριότητα 92540.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K21.9, R05.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92548: Computerized dynamic posturography.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92552: Pure tone audiometry (threshold); air only.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με δραστηριότητες ρινοσκόπησης (31231) ή λαρυγγοσκόπησης (31513,31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579) ή με τους κωδικούς: 92553, 92555, 92556, 92557.
- Σε περίπτωση διενέργειας δραστηριότητας ακοομετρίας και ενδοσκοπικής δραστηριότητας στην ίδια επίσκεψη, η δραστηριότητα ακοομετρίας δεν πρέπει να υποβάλλεται.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, J30.0, J32.9, J06.9, K21.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, O99.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

92553: Pure tone audiometry (threshold); air and bone.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Πραγματοποιείται μόνο κατόπιν διενέργειας της δραστηριότητα 92552 και εφόσον υπάρχουν ενδείξεις.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τους κωδικούς 92552, 92555, 92556, 92557, με δραστηριότητες ρινοσκόπησης (31231) ή λαρυγγοσκόπησης (31513, 31572, 31573, 31574, 31575, 31575-58, 31576, 31577, 31579).
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.
- Σε περίπτωση διενέργειας δραστηριότητας ακοομετρίας και ενδοσκοπικής δραστηριότητας στην ίδια επίσκεψη, η δραστηριότητα ακοομετρίας δεν πρέπει να απαιτείται.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να συνδυαστεί με μία από τις εξής διαγνώσεις: C43.2, C44.2, D22.2, D23.2, D33.3, D03.2, D04.2, H61.8, H66.0, H66.1, H66.2, H66.3, H66.4, H66.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, H74.0, H74.1, H74.2, H74.3, H74.4, H74.8, H74.9, H80.0, H80.1, H80.2, H80.8, H80.9, H81.0, H81.1, H81.2, H81.3, H81.4, H81.8, H81.9, H82, H83.0, H83.1, H83.2, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.4, F06.5,

F06.6, F06.7, F06.8, F06.9, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H83.8, H83.9, H90.0, H91.0, H91.1, H91.2, H83.3, H91.3, H91.8, H91.9, H92.0, H92.1, H92.2, H93.0, H93.1, H93.2, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0, H94.8, F71.1, F71.9, H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.3, G52.2, G52.3, G52.7, G52.8, G52.9, G52.0, G52.1, F80.3, F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, R47.0, R47.1, R47.8, Q87.8, F71.0, F71.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92553-76: Pure tone audiometry (threshold); air and bone.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Ο κωδικός θα χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις όπου απαιτείται επανάληψη της δραστηριότητας πριν την πάροδο 30 ημερών.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο που αφορά την χρήση της Δραστηριότητας 92553 – 76 Pure tone audiometry (threshold); air and bone**

Ο Οργανισμός επιτρέπει κατ' εξαίρεση την επανάληψη διενέργειας Τονικής ακοομετρίας (ουδός), αέρινη και οστέινη αγωγή, πριν την πάροδο 30 ημερών, μέσω της χρήσης της Δραστηριότητας 92553 – 76, μόνο στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. Σύνδρομο Meniere
2. Περιπτώσεις αιφνίδιας βαρηκοΐας
3. Ακουστικό τραύμα
4. Νευρίτιδα χαμηλών συχνοτήτων

Παρακαλώ καταχωρήστε πια από τις πιο πάνω περιπτώσεις (1-4) ισχύει: .....

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 92555: Speech audiometry threshold.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τους κωδικούς 92552, 92553, 92556, 92557.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: R42.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92556: Speech audiometry threshold; with speech recognition.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τους κωδικούς 92552, 92553, 92555, 92557.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: R42.

# Ωτορινολαρυγγολογία

92557: Comprehensive audiometry threshold evaluation and speech recognition (92553 and 92556 combined).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τους κωδικούς 92552, 92553, 92555, 92556.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: R42, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92558: Evoked otoacoustic emissions, screening (qualitative measurement of distortion product or transient evoked otoacoustic emissions), automated analysis.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 92567: Tympanometry (impedance testing).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τη δραστηριότητα 92568.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 16% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B64, B89, D10.9, G47.0, G93.3, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, J30.0, J20.9, J32.1, J32.2, J32.4, J32.8, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, J39.2, J39.8, J39.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K52.8, K52.9, R44.3, R03.0, R06.2, R63.5, R09.8, R10.1, R10.2, R10.3, O99.8, R29.6.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 92568: Tympanometry and acoustic reflex testing, threshold.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση ή μέχρι 2 φορές ως ετερόπλευρη δραστηριότητα.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τις δραστηριότητες: 92567, 92570.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές καταγραφές. Σε περιπτώσεις απαίτησης μόνο σε μια από τις δύο πλευρές πρέπει να γίνεται αναφορά στις κλινικές σημειώσεις ως προς την πλευρά στην οποία επιτελέστηκε η δραστηριότητα.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J30.0, J34.0, J34.1, J34.8, J06.9, L29.9, R44.3, R09.8, R10.1, R29.8.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92570: Acoustic immittance testing, includes tympanometry (impedance testing), acoustic reflex threshold testing, and acoustic reflex decay testing.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με τη δραστηριότητα 92568.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να συνδυαστεί με μία από τις εξής διαγνώσεις: D33.3, H69.0, H69.8, H69.9, H72.9, H73.0, H73.1, H73.8, H73.9, H74.0, H72.0, H72.1, H72.2, H74.1, H74.2, H72.8, H74.3, H74.4, H74.8, H74.9, H80.0, H80.1, H80.2, H80.8, H80.9, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, G52.8, G93.9.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92582: Conditioning play audiometry.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92583: Select picture audiometry.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92584: [Electrocochleography](#).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92585: Auditory evoked potentials for evoked response audiometry and/or testing of the central nervous system; comprehensive, with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92587: Distortion product evoked otoacoustic emissions; limited evaluation (to confirm the presence or absence of hearing disorder, 3-6 frequencies) or transient evoked otoacoustic emissions, with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92588: Distortion product evoked otoacoustic emissions; comprehensive diagnostic evaluation (quantitative analysis of outer hair cell function by cochlear mapping, minimum of 12 frequencies), with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92597: Evaluation for use and/or fitting of voice prosthetic device to supplement oral speech.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S31.0.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92601: Diagnostic analysis of cochlear implant, patient younger than 7 years of age; with programming.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92602: Diagnostic analysis of cochlear implant, patient younger than 7 years of age; subsequent reprogramming.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92603: Diagnostic analysis of cochlear implant, age 7 years or older; with programming.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92604: Diagnostic analysis of cochlear implant, age 7 years or older; subsequent reprogramming.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## 92612: Flexible endoscopic evaluation of swallowing by cine or video recording

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις δραστηριότητες 31513, 31231, 31572, 31573, 31574, 31575,31575-58, 31576, 31577, 31579, 43197, 43198.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η οπτικογράφηση των αποτελεσμάτων.
- Προϋποθέτει την μεταφόρτωση ιατρικής έκθεσης η οποία συνοπογράφεται τόσο από τον Ωτορινολαρυγγολόγο που διενεργεί την εξέταση, όσο και από Λογοπαθολόγο ο οποίος είναι παρών κατά την διενέργεια της εξέτασης.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J32.9, K21.0.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη σε χρονικό διάστημα <30 ημερών για τον ίδιο ασθενή, από τον ίδιο Ωτορινολαρυγγολόγο. Όπου κρίνεται απαραίτητο μπορεί να επαναληφθεί από διαφορετικό ιατρό.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

92613: Flexible endoscopic evaluation of swallowing by cine or video recording; interpretation and report only.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κατόπιν διενέργειας της δραστηριότητας 92612.
- Προϋποθέτει την μεταφόρτωση ιατρικής έκθεσης η οποία συνοπογράφεται τόσο από τον Ωτορινολαρυγγολόγο που διενεργεί την εξέταση, όσο και από Λογοπαθολόγο ο οποίος είναι παρών κατά την διενέργεια της εξέτασης.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

95017: Allergy testing, any combination of percutaneous (scratch, puncture, prick) and intracutaneous (intradermal), sequential and incremental, with venoms, immediate type reaction, including test interpretation and report, specify number of tests.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 27 φορές ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

95018: Allergy testing, any combination of percutaneous (scratch, puncture, prick) and intracutaneous (intradermal), sequential and incremental, with drugs or biologicals, immediate type reaction, including test interpretation and report, specify number of tests.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 19 φορές ανά απαίτηση.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

95992: Canalith repositioning procedure(s) (e.g. Epley maneuver, Semont maneuver), per day.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

CY089: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 11644, 11646, 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060, 21337, 30110, 30124, 30220, 30801, 31502, 31502-51, 38510, 40490, 41010, 42140, 42330, 42335, 42340, 42660, 42700, 42804, 43752, 69100, 69433, 69801.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 & CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

**Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός  
Νοσηλευτηρίου (Facility Fee-CY089,CY125)**

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

CY125: Facility fee > 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 11644, 11646, 12011, 12013, 12014, 12015, 12016, 12017, 12018, 14060, 21337, 30110, 30124, 30220, 30801, 31502, 31502-51, 38510, 40490, 41010, 42140, 42330, 42335, 42340, 42660, 42700, 42804, 43752, 69100, 69433, 69801.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 & CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

**Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός  
Νοσηλευτηρίου (Facility Fee-CY089,CY125)**

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY162: Voice prosthesis

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση σχετικού πιστοποιητικού παράδοσης-παραλαβής ή/ και τοποθέτησης βαλβίδας ομιλίας (επόμενη σελίδα).

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ – ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ή/και ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ  
ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Εγώ ο/η .....  
με κωδικό δικαιούχου/αρ. ταυτότητας/ARC..... σήμερα  
.....(ημερομηνία)

1) Μου έγινε τοποθέτηση Βαλβίδας Ομιλίας

2) Παρέλαβα Βαλβίδα Ομιλίας

(Να συμπληρωθεί ανάλογα το πιο πάνω)

Έχω ενημερωθεί ότι, για τυχόν απώλεια ή καταστροφή της βαλβίδας εξ υπαιτιότητας μου, πριν τον ενδεδειγμένο χρόνο αλλαγής, ο Οργανισμός δεν φέρει καμία ευθύνη για αντικατάσταση με καινούργια βαλβίδα και το κόστος για την καινούργια βαλβίδα θα βαραίνει εμένα.

Βεβαιώνω ότι, **έχω κατανοήσει τις οδηγίες / πληροφορίες** για τη σωστή χρήση του αναφερόμενου προϊόντος που μου παρασχέθηκαν, και έχω αποκτήσει πλήρη αντίληψη για τον τρόπο χρήσης και συντήρησης του προϊόντος.

**ΕΠΙΚΟΛΛΗΣΗ ΕΤΙΚΕΤΑΣ:**

Υπογραφή δικαιούχου: .....

Όνομα ιατρού: ..... Κωδικός ΓεΣΥ:.....

Υπογραφή Ιατρού: .....

Ημερομηνία: .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

CY163: Voice prosthesis with enlarged esophageal flange

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση σχετικού πιστοποιητικού παράδοσης-παραλαβής ή/ και τοποθέτησης βαλβίδας ομιλίας (επόμενη σελίδα).

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ – ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ή/και ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ  
ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Εγώ ο/η .....  
με κωδικό δικαιούχου/αρ. ταυτότητας/ARC..... σήμερα  
.....(ημερομηνία)

3) Μου έγινε τοποθέτηση Βαλβίδας Ομιλίας

4) Παρέλαβα Βαλβίδα Ομιλίας

(Να συμπληρωθεί ανάλογα το πιο πάνω)

Έχω ενημερωθεί ότι, για τυχόν απώλεια ή καταστροφή της βαλβίδας εξ υπαιτιότητας μου, πριν τον ενδεδειγμένο χρόνο αλλαγής, ο Οργανισμός δεν φέρει καμία ευθύνη για αντικατάσταση με καινούργια βαλβίδα και το κόστος για την καινούργια βαλβίδα θα βαραίνει εμένα.

Βεβαιώνω ότι, **έχω κατανοήσει τις οδηγίες / πληροφορίες** για τη σωστή χρήση του αναφερόμενου προϊόντος που μου παρασχέθηκαν, και έχω αποκτήσει πλήρη αντίληψη για τον τρόπο χρήσης και συντήρησης του προϊόντος.

**ΕΠΙΚΟΛΛΗΣΗ ΕΤΙΚΕΤΑΣ:**

Υπογραφή δικαιούχου: .....

Όνομα ιατρού: ..... Κωδικός ΓεΣΥ:.....

Υπογραφή Ιατρού: .....

Ημερομηνία: .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY164: Cochlear Sound Processor

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

## ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ (ΕΟ) ΚΟΧΛΙΑΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

1. Όνομα Εγκεκριμένου\* Κέντρου Κοχλιακών Εμφυτευμάτων: .....
2. Ονοματεπώνυμο ασθενούς: .....
3. Ηλικία ασθενούς: .....
4. Ημερομηνία πρώτης τοποθέτησης κοχλιακού εμφυτεύματος: .....
5. Μοντέλο υπάρχοντος ΕΟ: .....
6. Ημερομηνία αρχικής τοποθέτησης υπάρχοντος ΕΟ: .....
7. Αιτία αιτήματος αντικατάστασης υπάρχοντος ΕΟ:.

Κακή λειτουργία ή φθορά

Παρέλευση χρόνου χρήσης

8. Μοντέλο νέου εμφυτεύματος: .....

### Προϋποθέσεις αλλαγής ΕΟ

Σημειώστε την λειτουργική κατάσταση του υφιστάμενου ΕΟ:

Καλή (χρησιμοποιήσιμη) λειτουργική κατάσταση

Μη λειτουργική κατάσταση (Μη χρησιμοποιήσιμη)

Σημείωση: Σε περίπτωση χρησιμοποιήσιμης κατάστασης ο ασθενής υποχρεούται να διατηρεί τον προηγούμενο ΕΟ καθώς δύναται να χρειαστεί σε περιπτώσεις όπως επιδιόρθωση, ζημιά ή απώλεια του παρόντος ΕΟ .

#### **A. Σε περίπτωση βλάβης, ο ΕΟ θα τυγχάνει αξιολόγησης για αλλαγή με την πιο κάτω τεκμηρίωση:**

- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ ή /και
- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από κατασκευάστρια εταιρεία ή αντιπρόσωπο (ανάλογα με το τι ελέγχους μπορεί να καλύψει ο αντιπρόσωπος)
- Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

#### **B. Αλλαγή ΕΟ με βάση την ηλικία:**

- Ασθενείς  $\leq 12$  χρόνων, έχουν δικαίωμα αντικατάστασης ΕΟ στα 4 χρόνια.

- Ασθενείς  $\geq 13$  χρόνων μέχρι  $\leq 25$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 5 χρόνια.
- Ασθενείς άνω των  $\geq 26$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 6 χρόνια.

Για τις περιπτώσεις Α και Β, ο Οργανισμός θα αξιολογεί αιτήματα αλλαγής του ΕΟ, με την υποβολή των πιο κάτω εντύπων/τεκμηρίων με την υποβολή του αιτήματος (ως συνημμένα με την παρούσα αίτηση όπου απαιτείται ξεχωριστό έντυπο):

a) Έλεγχος χρόνου χρήσης: Να καταγραφεί ο μέσος ημερήσιος χρόνος χρήσης σε ώρες  
..... **ΚΑΙ**

b) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς σε σχέση με την καθαριότητα/συντήρηση/χρήση σύμφωνα με οδηγίες του επεξεργαστή.

ΑΡΙΣΤΗ   
ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

c) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς με τα προκαθορισμένα του ραντεβού για έλεγχο/ρύθμιση επεξεργαστή

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

d) Έλεγχος ομιλητικής προόδου και ακουογράφημα ελεύθερου πεδίου με το ακουστικό βαρηκοΐας **ΚΑΙ**

e) Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ

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

f) Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

\*Οι προδιαγραφές για έγκριση Κέντρου Κοχλιακών και άλλων Ακουστικών Εμφυτευμάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΟΑΥ κάτω από τον τίτλο: Παροχές Φάρμακα - Φαρμακεία - Αναλώσιμα - Κατάλογος Αναλωσίμων – Έντυπα/Αιτήσεις

Ημερομηνία υποβολής του αιτήματος:

Όνομα .....

Υπογραφή .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY165: Cochlear Implant Processor MEDEL

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

## ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ (ΕΟ) ΚΟΧΛΙΑΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

1. Όνομα Εγκεκριμένου\* Κέντρου Κοχλιακών Εμφυτευμάτων: .....
2. Ονοματεπώνυμο ασθενούς: .....
3. Ηλικία ασθενούς: .....
4. Ημερομηνία πρώτης τοποθέτησης κοχλιακού εμφυτεύματος: .....
5. Μοντέλο υπάρχοντος ΕΟ: .....
6. Ημερομηνία αρχικής τοποθέτησης υπάρχοντος ΕΟ: .....
7. Αιτία αιτήματος αντικατάστασης υπάρχοντος ΕΟ:
  - a. Κακή λειτουργία ή φθορά
  - b. Παρέλευση χρόνου χρήσης
8. Μοντέλο νέου εμφυτεύματος: .....

### Προϋποθέσεις αλλαγής ΕΟ

Σημειώστε την λειτουργική κατάσταση του υφιστάμενου ΕΟ:

Καλή (χρησιμοποιήσιμη) λειτουργική κατάσταση

Μη λειτουργική κατάσταση (Μη χρησιμοποιήσιμη)

Σημείωση: Σε περίπτωση χρησιμοποιήσιμης κατάστασης ο ασθενής υποχρεούται να διατηρεί τον προηγούμενο ΕΟ καθώς δύναται να χρειαστεί σε περιπτώσεις όπως επιδιόρθωση, ζημιά ή απώλεια του παρόντος ΕΟ .

#### **A. Σε περίπτωση βλάβης, ο ΕΟ θα τυγχάνει αξιολόγησης για αλλαγή με την πιο κάτω τεκμηρίωση:**

- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ ή /και
- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από κατασκευάστρια εταιρεία ή αντιπρόσωπο (ανάλογα με το τι ελέγχους μπορεί να καλύψει ο αντιπρόσωπος)
- Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

#### **B. Αλλαγή ΕΟ με βάση την ηλικία:**

- Ασθενείς  $\leq 12$  χρόνων, έχουν δικαίωμα αντικατάστασης ΕΟ στα 4 χρόνια.

- Ασθενείς  $\geq 13$  χρόνων μέχρι  $\leq 25$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 5 χρόνια.
- Ασθενείς άνω των  $\geq 26$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 6 χρόνια.

Για τις περιπτώσεις Α και Β, ο Οργανισμός θα αξιολογεί αιτήματα αλλαγής του ΕΟ, με την υποβολή των πιο κάτω εντύπων/τεκμηρίων με την υποβολή του αιτήματος (ως συνημμένα με την παρούσα αίτηση όπου απαιτείται ξεχωριστό έντυπο):

g) Έλεγχος χρόνου χρήσης: Να καταγραφεί ο μέσος ημερήσιος χρόνος χρήσης σε ώρες  
..... **ΚΑΙ**

h) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς σε σχέση με την καθαριότητα/συντήρηση/χρήση σύμφωνα με οδηγίες του επεξεργαστή.

ΑΡΙΣΤΗ   
ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

i) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς με τα προκαθορισμένα του ραντεβού για έλεγχο/ρύθμιση επεξεργαστή

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

j) Έλεγχος ομιλητικής προόδου και ακουογράφημα ελεύθερου πεδίου με το ακουστικό βαρηκοΐας **ΚΑΙ**

k) Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ

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

l) Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

\*Οι προδιαγραφές για έγκριση Κέντρου Κοχλιακών και άλλων Ακουστικών Εμφυτευμάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΟΑΥ κάτω από τον τίτλο: Παροχές Φάρμακα - Φαρμακεία - Αναλώσιμα - Κατάλογος Αναλωσίμων – Έντυπα/Αιτήσεις

Ημερομηνία υποβολής του αιτήματος:

Όνομα .....

Υπογραφή .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY240: Bone Anchored Hearing Aids (BAHA 5)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ (ΕΟ)  
ΟΣΤΕΟΕΜΦΥΤΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΒΑΗΑ (Για κωδικούς CY240  
& 241)**

9. Όνομα Εγκεκριμένου\* Κέντρου Κοχλιακών Εμφυτευμάτων: .....
10. Ονοματεπώνυμο ασθενούς: .....
11. Ηλικία ασθενούς: .....
12. Ημερομηνία πρώτης τοποθέτησης **οστεοεμφυτευόμενου ακουστικού**: .....
13. Μοντέλο υπάρχοντος ΕΟ: .....
14. Ημερομηνία αρχικής τοποθέτησης υπάρχοντος ΕΟ: .....
15. Αιτία αιτήματος αντικατάστασης υπάρχοντος ΕΟ:.
- Κακή λειτουργία ή φθορά
- Παρέλευση χρόνου χρήσης
16. Μοντέλο νέου εμφυτεύματος: .....

**Προϋποθέσεις αλλαγής ΕΟ**

Σημειώστε την λειτουργική κατάσταση του υφιστάμενου ΕΟ:

Καλή (χρησιμοποιήσιμη) λειτουργική κατάσταση

Μη λειτουργική κατάσταση (Μη χρησιμοποιήσιμη)

Σημείωση: Σε περίπτωση χρησιμοποιήσιμης κατάστασης ο ασθενής υποχρεούται να διατηρεί τον προηγούμενο ΕΟ καθώς δύναται να χρειαστεί σε περιπτώσεις όπως επιδιόρθωση, ζημιά ή απώλεια του παρόντος ΕΟ .

**A. Σε περίπτωση βλάβης, ο ΕΟ θα τυγχάνει αξιολόγησης για αλλαγή με την πιο κάτω τεκμηρίωση:**

- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ ή /και
- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από κατασκευάστρια εταιρεία ή αντιπρόσωπο (ανάλογα με το τι ελέγχους μπορεί να καλύψει ο αντιπρόσωπος)
- Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

**B. Αλλαγή ΕΟ με βάση την ηλικία:**

- Ασθενείς  $\leq 12$  χρόνων, έχουν δικαίωμα αντικατάστασης ΕΟ στα 4 χρόνια.
- Ασθενείς  $\geq 13$  χρόνων μέχρι  $\leq 25$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 5 χρόνια.
- Ασθενείς άνω των  $\geq 26$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 6 χρόνια.

Για τις περιπτώσεις Α και Β, ο Οργανισμός θα αξιολογεί αιτήματα αλλαγής του ΕΟ, με την υποβολή των πιο κάτω εντύπων/τεκμηρίων με την υποβολή του αιτήματος (ως συνημμένα με την παρούσα αίτηση όπου απαιτείται ξεχωριστό έντυπο):

μ) Έλεγχος χρόνου χρήσης: Να καταγραφεί ο μέσος ημερήσιος χρόνος χρήσης σε ώρες  
..... **ΚΑΙ**

ν) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς σε σχέση με την καθαριότητα/συντήρηση/χρήση σύμφωνα με οδηγίες του επεξεργαστή.

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

ο) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς με τα προκαθορισμένα του ραντεβού για έλεγχο/ρύθμιση επεξεργαστή

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

ρ) Έλεγχος ομιλητικής προόδου και ακουογράφημα ελεύθερου πεδίου με το ακουστικό βαρηκοΐας **ΚΑΙ**

q) Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ

.....  
.....

.....  
.....

r) Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

\*Οι προδιαγραφές για έγκριση Κέντρου Κοχλιακών και άλλων Ακουστικών Εμφυτευμάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΟΑΥ κάτω από τον τίτλο: Παροχές Φάρμακα - Φαρμακεία - Αναλώσιμα - Κατάλογος Αναλωσίμων – Έντυπα/Αιτήσεις

Ημερομηνία υποβολής του αιτήματος:

Όνομα .....

Υπογραφή .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY241: Bone Anchored Hearing Aids (BAHA 6 MAX)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΤΩΝ ΟΜΙΛΙΑΣ (ΕΟ)  
ΟΣΤΕΟΕΜΦΥΤΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΒΑΗΑ (Για κωδικούς CY240  
& 241)**

17. Όνομα Εγκεκριμένου\* Κέντρου Κοχλιακών Εμφυτευμάτων: .....
18. Ονοματεπώνυμο ασθενούς: .....
19. Ηλικία ασθενούς: .....
20. Ημερομηνία πρώτης τοποθέτησης **οστεοεμφυτευόμενου ακουστικού**: .....
21. Μοντέλο υπάρχοντος ΕΟ: .....
22. Ημερομηνία αρχικής τοποθέτησης υπάρχοντος ΕΟ: .....
23. Αιτία αιτήματος αντικατάστασης υπάρχοντος ΕΟ:.
- Κακή λειτουργία ή φθορά
- Παρέλευση χρόνου χρήσης
24. Μοντέλο νέου εμφυτεύματος: .....

**Προϋποθέσεις αλλαγής ΕΟ**

Σημειώστε την λειτουργική κατάσταση του υφιστάμενου ΕΟ:

Καλή (χρησιμοποιήσιμη) λειτουργική κατάσταση

Μη λειτουργική κατάσταση (Μη χρησιμοποιήσιμη)

Σημείωση: Σε περίπτωση χρησιμοποιήσιμης κατάστασης ο ασθενής υποχρεούται να διατηρεί τον προηγούμενο ΕΟ καθώς δύναται να χρειαστεί σε περιπτώσεις όπως επιδιόρθωση, ζημιά ή απώλεια του παρόντος ΕΟ .

**A. Σε περίπτωση βλάβης, ο ΕΟ θα τυγχάνει αξιολόγησης για αλλαγή με την πιο κάτω τεκμηρίωση:**

- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ ή /και
- Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από κατασκευάστρια εταιρεία ή αντιπρόσωπο (ανάλογα με το τι ελέγχους μπορεί να καλύψει ο αντιπρόσωπος)
- Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

**B. Αλλαγή ΕΟ με βάση την ηλικία:**

- Ασθενείς  $\leq 12$  χρόνων, έχουν δικαίωμα αντικατάστασης ΕΟ στα 4 χρόνια.
- Ασθενείς  $\geq 13$  χρόνων μέχρι  $\leq 25$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 5 χρόνια.
- Ασθενείς άνω των  $\geq 26$  χρόνων, έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης αξιολόγησης για αντικατάσταση ΕΟ κάθε 6 χρόνια.

Για τις περιπτώσεις Α και Β, ο Οργανισμός θα αξιολογεί αιτήματα αλλαγής του ΕΟ, με την υποβολή των πιο κάτω εντύπων/τεκμηρίων με την υποβολή του αιτήματος (ως συνημμένα με την παρούσα αίτηση όπου απαιτείται ξεχωριστό έντυπο):

- σ) Έλεγχος χρόνου χρήσης: Να καταγραφεί ο μέσος ημερήσιος χρόνος χρήσης σε ώρες  
..... **ΚΑΙ**
- τ) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς σε σχέση με την καθαριότητα/συντήρηση/χρήση σύμφωνα με οδηγίες του επεξεργαστή.

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

- υ) Καταγραφή επιπέδου συμμόρφωσης ασθενούς με τα προκαθορισμένα του ραντεβού για έλεγχο/ρύθμιση επεξεργαστή

ΑΡΙΣΤΗ

ΜΕΤΡΙΑ

Τυχόν σχόλια:.....

ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ

Τυχόν σχόλια:.....

**ΚΑΙ**

- ν) Έλεγχος ομιλητικής προόδου και ακουογράφημα ελεύθερου πεδίου με το ακουστικό βαρηκοΐας **ΚΑΙ**

- ω) Έκθεση κατάστασης λειτουργίας από ακουολόγο ΚΑΙ ΩΡΛ

.....

.....

.....  
.....

χ) Άλλη τεκμηρίωση που δυνατόν να ζητήσει ο Οργανισμός

\*Οι προδιαγραφές για έγκριση Κέντρου Κοχλιακών και άλλων Ακουστικών Εμφυτευμάτων βρίσκονται στην ιστοσελίδα του ΟΑΥ κάτω από τον τίτλο: Παροχές Φάρμακα - Φαρμακεία - Αναλώσιμα - Κατάλογος Αναλωσίμων – Έντυπα/Αιτήσεις

Ημερομηνία υποβολής του αιτήματος:

Όνομα .....

Υπογραφή .....

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY280: Physiotherapy services after surgery

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με την επίσκεψη CY284 και με την διάγνωση Z98.8.
- Απαραίτητη η αναλυτική περιγραφή στις κλινικές σημειώσεις για την κατάσταση υγείας του δικαιούχου και αναφορά στο είδος της χειρουργικής επέμβασης που προηγήθηκε ή την ακριβή εντόπιση του κατάγματος κ.λπ.

# Ωπορινολαρυγγολογία

---

## CY293: Preapproval request for overseas healthcare services – Normal Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Κανονικά περιστατικά: σημαίνει περιστατικά για τα οποία η λήψη της προτεινόμενης υπηρεσίας δεν περιορίζεται σε στενά χρονικά πλαίσια. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 15 ημερών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY294 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

## ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.
2. Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.
3. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:
  - a. είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,
  - b. δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),
  - c. αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,
  - d. δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,
  - e. δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,
  - f. δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.
4. Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:
  - a. υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,
  - b. ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.

ΜΕΡΟΣ I	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b>  <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:            -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,            -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,            -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</p>	

<p>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,          -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και          -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p><b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b></p>			
<p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p><b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b></p>	<p><b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b></p> <p>&lt;48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Επείγον περιστατικό:</b></p> <p>&lt;7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Κανονικό Περιστατικό:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b></p>			
<p><b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b></p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</b></p>	
<p><b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),  ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,  iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	
<b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>	
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ</b>	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

## MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραίτητως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

<b>Gender:</b>	Male	Female
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

<b>Medical History<sup>i</sup>:</b>	
-------------------------------------	--

<p><b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations:</b></p> <p><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</i></p>	
---	--

<p><b>Prior/current treatment/management:</b></p>	
---	--

<p><b>Proposed treatment / management abroad:</b></p> <p><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)</i></p>	
---	--

<p><b>Reasons for requesting medical services abroad:</b></p>	
---	--

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

A. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - o ABO συμβατότητα
  - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - o INR
  - o Γενική εξέταση αίματος
  - o Κάθαρση κρεατινίνης
  - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
  - o Νάτριο
  - o Κάλιο
  - o Ασβέστιο
  - o Βιταμίνη Δ
  - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - o CRP
  - o Εξέταση ούρων
  - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και τότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - o DEXA

- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
  - ο πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Επείγοντα περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείριση εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

## ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.
2. Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.
3. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:
  - a. είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,
  - b. δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),
  - c. αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,
  - d. δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,
  - e. δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,
  - f. δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.
4. Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:
  - a. υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,
  - b. ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.

ΜΕΡΟΣ Ι	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b>  <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:            -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,            -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,            -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</p>	

<p>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,          -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και          -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p><b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b></p>			
<p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p><b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b></p>	<p><b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b></p> <p>&lt;48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Επείγον περιστατικό:</b></p> <p>&lt;7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Κανονικό Περιστατικό:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b></p>			
<p><b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b></p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</b></p>	
<p><b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),  ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,  iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

## MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραίτητως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

<b>Gender:</b>	Male	Female
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

<b>Medical History<sup>i</sup>:</b>	
-------------------------------------	--

**Results from main laboratory/  
radiology/ histopathology and  
other examinations<sup>1</sup>:**

*(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30 ημέρες από τη δημιουργία του)*

**Prior/current  
treatment/management:**

**Proposed treatment /  
management abroad:**

*(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)*

**Reasons for requesting medical  
services abroad:**

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

A. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - o ABO συμβατότητα
  - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - o INR
  - o Γενική εξέταση αίματος
  - o Κάθαρση κρεατινίνης
  - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
  - o Νάτριο
  - o Κάλιο
  - o Ασβέστιο
  - o Βιταμίνη Δ
  - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - o CRP
  - o Εξέταση ούρων
  - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - o DEXA

- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
  - ο πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

# Ωτορινολαρυγγολογία

---

## CY295: Preapproval request for overseas healthcare services – Life threatening Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Απειλητικά για τη ζωή περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 2 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 24 ωρών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

## ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.
2. Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.
3. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:
  - a. είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,
  - b. δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),
  - c. αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,
  - d. δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,
  - e. δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,
  - f. δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.
4. Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:
  - a. υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,
  - b. ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.

ΜΕΡΟΣ I	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b>  <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:            -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,            -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,            -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</p>	

<p>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,          -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,          -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και          -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p><b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b></p>			
<p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p><b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b></p>	<p><b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b></p> <p>&lt;48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Επείγον περιστατικό:</b></p> <p>&lt;7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Κανονικό Περιστατικό:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b></p>			
<p><b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b></p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</b></p>	
<p><b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),  ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,  iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	
<b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>	
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ</b>	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

## MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραίτητως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

<b>Gender:</b>	Male	Female
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

<b>Medical History<sup>i</sup>:</b>	
-------------------------------------	--

**Results from main laboratory/  
radiology/ histopathology and  
other examinations:**

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του)

**Prior/current  
treatment/management:**

**Proposed treatment /  
management abroad:**

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)

**Reasons for requesting medical  
services abroad:**

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

A. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - o ABO συμβατότητα
  - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - o INR
  - o Γενική εξέταση αίματος
  - o Κάθαρση κρεατινίνης
  - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
  - o Νάτριο
  - o Κάλιο
  - o Ασβέστιο
  - o Βιταμίνη Δ
  - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - o CRP
  - o Εξέταση ούρων
  - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - o DEXA

- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
    - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
    - ο πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
  - Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
  - Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
  - Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.
-