



## ŽÁDOST O PROJEDNÁNÍ NÁVRHU REGISTRAČNÍHO LISTU ZDRAVOTNÍHO VÝKONU NA JEDNÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY K SEZNAMU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ S BODOVÝMI HODNOTAMI

**Žádost podává** (jméno, název subjektů dle § 17b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění)

Sdružení ambulantních dermatovenerologů v ČR

**Název zdravotního výkonu, popř. číslo výkonu:**

*V případě, že se jedná o návrh na nový výkon, uveďte pracovní kód (číslo výkonu), v případě že se jedná o více výkonů, uveďte **všechny** kódy (čísla výkonů)*

Seznám předkládaných výkonů, které se budou projednávat na Pracovní skupině k SZV MZ:  
44217 LOKÁLNÍ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM  
44235 CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM  
44237 KRYALIZACE  
44227 KRYODESTRUKCE KOŽNÍCH LÉZÍ (1-2 LÉZE)

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Sdružení ambulantních dermatovenerologů v ČR (SAD) je profesní sdružení sdružující ambulantní dermatovenerology a na základě analýzy aktuálního znění výkonů v odbornosti 404 připravil návrh úpravy dermatologických výkonů, u kterých je dle zkušeností z praxe zapotřebí odstranění nejistoty ve vymezení, obsahu a rozsahu výkonu a z odborného hlediska vhodné cizelovat popis výkonu a aktualizovat materiály a přístrojové vybavení používané u výkonů.

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

44217 LOKÁLNÍ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM\_2025-08-29  
44235 CELKOVÁ FOTOTERAPIE OPTIMÁLNÍM UV SVĚTLEM\_2025-08-29  
44237 KRYALIZACE\_2025-08-29  
44227 KRYODESTRUKCE KOŽNÍCH LÉZÍ (1-2 LÉZE) \_2025-08-29

**Datum, podpis, razítko:**

MUDr. Darina Zelenková, 29.08.2025

**Kontaktní telefon, e-mail:**

Email: [info@sadcr.com](mailto:info@sadcr.com); tel: 606 505 998