



## 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)

Asociace dětské a dorostové psychiatrie, z.s.  
Srbská 2, Praha 6, 160 00  
IČO: 49276638

**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:  
**36070 Vícerodinná terapie**

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Vícerodinná terapie je dle studií a doporučení odborných společností jedním z nejefektivnějších způsobů léčby poruch příjmu potravy. Jelikož onemocnění samotné vyplývá z rodinného systému a zároveň dále ovlivňuje další fungování rodinného systému, je při léčbě poruch příjmu potravy nutné pracovat vždy s celou rodinou.

Náklady na léčbu pacientů s poruchami příjmu potravy jsou prokazatelně nižší, pokud jsou od počátku léčeni v centru, kde se provádí vícerodinná terapie zaměřená na poruchy příjmu potravy.

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

**Návrh RL 36070**

**Datum, podpis, razítko:**

10.12.2024

MUDr. Tomáš Havelka

**Kontaktní telefon, e-mail:**

569 478 172/337, thavelka@pnhb.cz