



## 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:  
**36055 PŘÍPRAVA A PŘEDÁNÍ PACIENTA Z PÉČE DĚTSKÉHO A  
DOROSTOVÉHO PSYCHIATRA DO PÉČE PSYCHIATRA PRO DOSPĚLÉ**

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Tři čtvrtiny duševních onemocnění se rozvinou před dosažením 25 let a až jedna polovina z těchto onemocnění se projeví před 16. rokem života. Část mladých nemocných se v období přechodového věku z péče dětského a dorostového psychiatra do péče psychiatra pro dospělé z péče vytratí, přitom právě přerušení péče v období přechodu negativně ovlivňuje zdraví i další kvalitu života této zranitelné skupiny. Včasná intervence může dle dostupných poznatků nejen významně redukovat závažnost a trvání psychických onemocnění, ale zároveň předcházet vzniku sekundárních poruch. Výkon vychází z doporučených postupů, ty jsou nyní ve schvalovacím řízení Psychiatrické společnosti.

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

**Návrh RL 36055**

**Datum, podpis, razítko:**

9.12.2024

MUDr. Tomáš Havelka

**Kontaktní telefon, e-mail:**

569 478 172/337, thavelka@pnhb.cz