



## 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:

**36077 ASYNCHRONNÍ DISTANČNÍ ODBORNÁ KONZULTACE V DĚTSKÉ PSYCHIATRII**

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Zavedení tohoto výkonu kodifikuje již probíhající odbornou praxi v dětské a dorostové psychiatrii, kde je distanční asynchronní komunikace s rodiči a zákonnými zástupci (email, chat, zprávy na zdravotnickém portále) neoddělitelnou součástí kontinuální péče. Standardizace a úhrada výkonu přispěje k vyšší bezpečnosti této komunikace a ke zlepšení dostupnosti péče a k jejímu zefektivnění. Podmínkou výkonu je, že odborná konzultace je provedena na zabezpečeném komunikačním kanálu.

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

**Návrh RL 36077**

**Datum, podpis, razítko:**

11.12.2025

MUDr. Tomáš Havelka

**Kontaktní telefon, e-mail:**

569 478 172/337, thavelka@pnhb.cz