



## 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)

Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČ: 00064203  
DIČ: CZ00064203

**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:

1. 501-2022-12-16-09-52-16  
(REDUKCE EPIFASCIÁLNÍHO PROSTORU A ZEVNÍHO GENITÁLU)
2. 501-2022-12-16-09-42-53  
(LIPOSUKCE EPIFASCIÁLNÍHO PROSTORU)
3. 501-2022-12-16-09-53-04  
(TRANSFER LYMFATICKÝCH UZLIN)
4. 501-2022-12-16-09-51-04  
(LYMFOVENOZNÍ ANASTOMÓZA)