



## 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)

Česká angiologická společnost ČLS JEP

**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)*

13024 - VYŠETŘENÍ RIZIKA SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

Angiologickými praxemi prochází v rámci vyšetření cévních komplikací i diabetici. V diagnostice rizika syndromu diabetické nohy jsou rutinně prováděna vyšetření periferní cirkulace Tato klinická jednotka má ovšem i necévní komponentu – postižení pohybového aparátu a periferních nervů. Včasné provedení screening rizika rozvoje syndromu diabetické nohy sníží výskyt této závažné komplikace a tím i případné vysoké náklady na léčbu.

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*

Souhlas České diabetologické společnosti ČLS JEP

**Datum, podpis, razítko:**

14.5.2024 MUDr. Jiří Matuška

**Kontaktní telefon, e-mail:**

777215598 , jiri.matuska@matmed.cz

