

Účet za ošetření

Pacient(tka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

PŘEDNÍ SEGMENT

Operační výkon	Kód	Počet
FAKO + PMMA IOL	75427+75347	
FAKO + měkká IOL	75427+75348	
Sek. Implantace	75355+75347	
Transpl. amniové membrány	75324	
PKP	75329	
Lamelární keratoplastika (DALK)	75437	
Transpl. rohovkového endotelu (DMEK)	75438	
Cyklokryokoagulace (CKK)	75341	
Použití op. mikroskopu	56419 á 15 min	
Použití distančního kroužku		
Cyklofotokoagulace (CFK)	75338	
TE penetrující ab externo	75339	
TE nepenetrující ab externo	75340	
TE ab interno	75342	
Strabismus - 1 sval Přímý/šikmý	75367	
Strabismus – další sval přímý/šikmý	75368	

ZADNÍ SEGMENT

Operační výkon	Kód	Počet
Transsklerální extra. CT	75213	
Operace odchlípení sítnice	75361	
PPV a vnitřní tamponáda	75449	
Transkonj.kryopexie sítnice	75365	
Intravitr. injekce plynu	75221	
Odstranění silikon. oleje	75311	
Odstr.epiret.membr. PPV	75359	
Použití op. mikroskopu	56419 á 15 min	
Vynětí episklerálního impl.	75359	
Laserová fotokoagulace	75439	
Peroperační tamponáda tekutými perfluorokarbony	75463	
Fotokoagulace sítnice endolaserem	75467	
Použití endoskopu při PPV	75469	
Episklerální cerkláž a plombáž	75473	
Tamponáda sítnice exp. plynem	75475	
Vynětí luxované čočky	75477	
Tamponáda sítnice silik. olejem	75479	

datum	jmenovka + podpis lékaře
-------	--------------------------