

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1 potvrzená objednávka léčebně			

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu	e-mail: tel.:	e-mail: tel.:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně zdravotní pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne:

Podpis pacienta (zák. zástupce):

Indikace / Typ		/	
Diagnóza základní			
Diagnóza vedlejší			
Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:			
Navrhovaná léčebna:			
1 _____			
2 _____			
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře		

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji léčebnu:	
1	_____
2	_____
Upravuji – zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny
	podpis a razítko zdravotní pojišťovny

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):