

Tiskopisy - smluvní zdravotnická zařízení

(k Metodice pro pořizování a předávání dokladů)

Doplněk č. 17 vzoru tiskopisů

Text na základě výsledků projednání se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, červen 2025
(účinnost změn od 1. 9. 2025)

Obsah

Tiskopis 06ft	3
VZP-06ft – Poukaz na vyšetření/ošetření FT – verze A5	3
VZP-06ft – Poukaz na vyšetření/ošetření FT – verze A4	5
Tiskopis 15	9
VZP-15 – Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči	9
Tiskopis 16	14
VZP-16 – Vyúčtování lázeňské rehabilitační péče	14
Tiskopis 37	15
VZP-37 – Vyúčtování výkonů záchranné služby	15

Předchozí verze tiskopisů lze, pokud jejich obsah není v rozporu s obecně závazným právním předpisem, používat až do vyčerpání zásob.

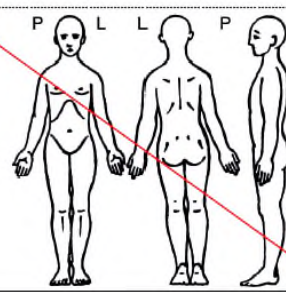
Tiskopis 06ft

VZP-06ft – Poukaz na vyšetření/ošetření FT – verze A5

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Kód pojišťovny: požaduje díl A IČP: Datum:
Odbornost: Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:
Lékařská kontrola dne:

Pacient:
Č. pojištěnce: Základní diagnóza:
Variabilní symbol: Ost. dg.:
Odeslán ad: Kód náhrady:
Stav vyžadující FT:
Cíl, kterého má být dosaženo:
Rizika na straně pacienta, upozornění:
Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)



*Do 14 dnů od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.

Čís. dokladu: Poř. č.:
provedl díl B
IČP:
Odbornost:
Var. symbol:
Datum: Kód: Poč.:
1 12
2 13
3 14
4 15
5 16
6 17
7 18
8 19
9 20
10 21
11 22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
Dne:
razítka a podpis

VZP-06ft/2025

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:
		Odbornost		Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **FT**

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Odeslán ad:	Kód náhrady		

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

.....



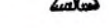


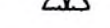














*Do 14 dní od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.

Čís. dokladu				
provedl díl B		Poř. č.		

IČP				
Odbornost				
Var. symbol				
Datum	Kód	Poř.		

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						

30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						

Dne:

VZP-06ft – Poukaz na vyšetření/ošetření FT – verze A4

Kód pojistovny 	<i>požaduje důlka</i>	IČP Odbornost 	Datum 	Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:
-------------------------------	---------------------------	--	----------------------	--

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **FT**

Pacient 			
Č. pojištěnce 	Základní diagnóza 		
Variabilní symbol 	Ost. dg. 		
Odeslán ad: 	Kód náhrady 		

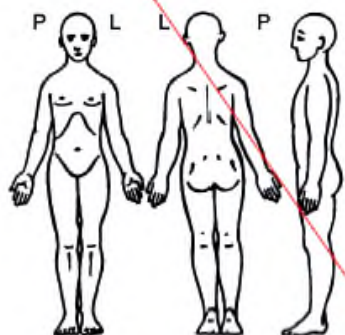
razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojistovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)



The diagrams are labeled P (První - Front), L (Levá - Left), and P (Prostřední - Side) from left to right.

VZP-06H/2025

*Do 14 dní od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.

IČP Odbornost Var. symbol Čís. dokladu Poř. č. 								
Datum Kód Poč. Datum Kód Poč. Datum Kód Poč.								
1			36			71		
2			37			72		
3			38			73		
4			39			74		
5			40			75		
6			41			76		
7			42			77		
8			43			78		
9			44			79		
10			45			80		
11			46			81		
12			47			82		
13			48			83		
14			49			84		
15			50			85		
16			51			86		
17			52			87		
18			53			88		
19			54			89		
20			55			90		
21			56			91		
22			57			92		
23			58			93		
24			59			94		
25			60			95		
26			61			96		
27			62			97		
28			63			98		
29			64			99		
30			65					
31			66					
32			67					
33			68					
34			69					
35			70					

Dne:

razítko a podpis

[illegible]

IČP			Čís. dokladu			Poř. č.		
Odbornost			provedl díl B					
Var. symbol								
Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.
1			36			71		
2			37			72		
3			38			73		
4			39			74		
5			40			75		
6			41			76		
7			42			77		
8			43			78		
9			44			79		
10			45			80		
11			46			81		
12			47			82		
13			48			83		
14			49			84		
15			50			85		
16			51			86		
17			52			87		
18			53			88		
19			54			89		
20			55			90		
21			56			91		
22			57			92		
23			58			93		
24			59			94		
25			60			95		
26			61			96		
27			62			97		
28			63			98		
29			64			99		
30			65					
31			66					
32			67					
33			68					
34			69					
35			70					

Dne:

razítko a podpis

Tiskopis 15

VZP-15 – Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 1 předvolání pacientovi	Ev. č.
	Odbornost		Čís. vysílajícího ÚP

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojistěnce		
Zaměstnavatel – Škola (třída)		
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: **Dg.**

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
☐ I. ☐ II. ☐ D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž – Žena**
Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1

2

Dne: razítko ZZ, Jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti ☐ I. ☐ II. ☐ D.
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž – Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1

2

3

Upravuji - Zamlouvám (důvod):

Dne: razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2022

razítko a podpis

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 2 potvrzená objednávka lázním	Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílajícího ÚP	

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Zaměstnavatel – Škola (třída)		
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
☐ I. ☐ II. ☐ D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
 Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 _____

2 _____

Dne: _____ razítko ZZ, jménovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti ☐ I. ☐ II. ☐ D.
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 _____

2 _____

3 _____

Upravuji - Zamltám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP-15/2022

razítko a podpis

	IČP		NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI	Ev. č.	
	Odbornost		lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci	Čís. vysílajícího ÚP	

	Pacient	Zák. zástupce
Prjmení a Jméno		
Číslo pojistěnce		
Zaměstnavatel - Škola (třída)	Bydliště (adresa) vč. PSČ	
Bydliště (adresa) vč. PSČ	Telefon, e-mail	Let.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
☐ ☐ ☐ pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
 Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: ANO - NE

1 _____
 2 _____

Dne: _____ razítko ZZ, Jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I II D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: ANO-NE

1 _____
 2 _____
 3 _____

Upravuji/- Zamítám (důvod):

Poznámka:

Dne: _____ razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny zdravotní

Dne: _____ razítko a podpis zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:
 (lze nahradit propouštěcí zprávu lékaře z zařízení, obsahuje-li požadované údaje)
 A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)
 B: NO
 C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)
 D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (mín. dle IS)
 E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY
 F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU
 G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

VZP-15/2022 2025

IČP	
Odbornost	

razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa
 (exent. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

podpis pojistěnce (zák. zástupce)

	IČP		NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 4 zdravotní pojišťovně k dokumentaci	Ev. č.	
	Odbornost			Čís. vysílajícího ÚP	

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Zaměstnavatel – škola (třída)		
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
☐ I ☐ II ☐ D pořadí náležitosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
 Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1

2

Dne: razítko ZZ, Jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím náležitosti ☐ I ☐ II ☐ D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1

2

3

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZARÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí z pravou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

VZP-15/2022

IČP	
Odbornost	

razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

podpis pojištěnce (zák. zástupce)

	IČP		NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 5 navrhujícímu lékaři k dokumentaci	Ev. č.	
	Odbornost			Čís. vysílajícího ÚP	

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a Jméno		
Číslo pojistnice		
Zaměstnavatel – Škola (třída)		
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (stavy):

Indikace: **Dg.**

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
☐ I ☐ II ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
 Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1

2

Dne: razítko ZZ, Jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCNICI Z POVOLÁNÍ

Dne: razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJISTOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti ☐ I ☐ II ☐ D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení/ smluvní kategorie ubytování:

1

2

3

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:
 (ze nahradit propouštěcí z právu lážk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)
 A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)
 B: NO
 C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)
 D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (mín. dle IS)
 E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY
 F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU
 G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

VZP-15/2022

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">IČP</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Odbornost</td> <td></td> </tr> </table>	IČP		Odbornost		 razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu
IČP					
Odbornost					

Potvrdili správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

podpis pojistnice (zák. zástupce)

Tiskopis 16

VZP-16 – Vyúčtování lázeňské rehabilitační péče

	IČZ 	Indikace 	Čís. dokladu 	Čís. vysílajícího ÚP 		
VYÚČTOVÁNÍ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČE K P D 						
Příjmení a Jméno pacienta: 						
Číslo pojistěnce 	Lázeňské zařízení: 					
Datum nástupu pacienta 	Lázeňská léčebna: 					
Datum ukončení léčby 	Kód ukončení léčby 0 neukončena - léčba pokračuje 1 ukončena standardně 2 ukončena předčasně hospitalizací 3 ukončena předčasně na žádost pacienta 4 ukončena předčasně - svévolné opuštění lůž. zařízení 5 ukončena předčasně - porušení léčebného řádu 6 ukončena předčasně - jiné důvody					
Datum odjezdu pacienta 						
Průvodce pro pobyt - příjmení a Jméno: 						
Číslo pojistěnce 						
Pacient - ubytování						
Datum: od	poč. dnů	cena / den	cena (Kč)	kategorie ubyt.	poč. lůžek v pokoji	kód přerušení
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
	</					

Tiskopis 37

VZP-37 – Vyúčtování výkonů záchranné služby

[illegible][illegible]