



IČP	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI – DÍL 3**
lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci

Ev. č.	
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, jmenovka 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 - Zamítám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou 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

Potvrzuji 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 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 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 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 - Zamítám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovnyrazítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou 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. léčbuPotvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského
místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené._____
podpis pojištěnce



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 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, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCNICI 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 - Zamítám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovnyrazítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou 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. léčbuPotvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského
místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené._____
podpis pojištěnce