



IČP

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ  
REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 1**  
předvolání pacientovi

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:



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. péčePrůvodce 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:

VZP-15/2022

razítko a podpis



IČP

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ  
REHABILITAČNÍ PÉČI – díl 3**  
lázeňskému ošetř. 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. péčePrůvodce 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 (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. péčePrůvodce 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. 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 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. péčePrůvodce 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 (zák. zástupce)