





Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
	<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3</b> zdravotní pojišťovně k dokumentaci		Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
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 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		

<b>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY</b>	
Schvaluji léčebnu:	
1	_____
2	_____
Upravuji – zamítám (důvod):	
Dne:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny</div> <div>podpis a razítko zdravotní pojišťovny</div> </div>

## 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):

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4</b> navrhujícímu lékaři k dokumentaci			

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
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 pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne:

Podpis pacienta (zák. zástupce):

<b>Indikace / Typ</b>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
<b>Diagnóza základní</b>	<input type="text"/>		
<b>Diagnóza vedlejší</b>	<input type="text"/>		
Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:			
Navrhovaná léčebna:			
1	_____		
2	_____		
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře		

<b>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY</b>	
Schvaluji léčebnu:	
1	_____
2	_____
Upravuji – zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby 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):