





|                |   |           |             |
|----------------|---|-----------|-------------|
| Kód pojišťovny | IČP   | Odbornost | Ev. číslo   |
|                | <b>Návrh na léčebně rehabilitační péči<br/>na Oddělení následné a rehabilitační péče -<br/>Rehabilitační a fyzikální medicína - díl 3</b><br>zdravotní pojišťovně k dokumentaci |           | Čís. návrhu |
|                |   |           | Rok návrhu  |

|   | 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 |   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY</b> |  |
| Schvaluji léčebnu:                     |  |
| 1                                      | _____  |
| 2                                      | _____  |
| Upravuji – zamítám (důvod):            |  |
| Dne:                                   | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">jmenovka a podpis<br/>oprávněné osoby<br/>zdravotní pojišťovny</div> <div style="text-align: center;">podpis a razítko<br/>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 |
|                | Návrh na léčebně rehabilitační péči<br>na Oddělení následné a rehabilitační péče -<br>Rehabilitační a fyzikální medicína - díl 4<br>navrhujícímu lékaři k dokumentaci |           | Rok návrhu  |

|  | Pacient       | Zák. zástupce |
|--|---------------|---------------|
| Příjmení a jméno                                   |               |               |
| Číslo pojištění                                    |               |               |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ<br>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 |   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY</b> |  |
| 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):