

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1**

potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci

Jméno a příjmení	Číslo pojištěnce
Zákonný zástupce	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.  
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetelne hodná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITŮ, STOMIE, ÚDAJE O KONTINENCI A SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2**

spádové pojišťovně k dokumentaci

Jméno a příjmení	Číslo pojištěnce
Zákonný zástupce	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.  
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetelná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITŮ, STOMIE, ÚDAJE O KONTONENCI A SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3**

vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení	Číslo pojištěnce
Zákonný zástupce	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.  
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetelná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITŮ, STOMIE, ÚDAJE O KONTONENCI A SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4**

navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení	Číslo pojištěnce
Zákonný zástupce	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.  
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE***(ÚP příslušné k léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis  
revizního lékařepodpis a razítko  
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITŮ, STOMIE, ÚDAJE O KONTONENCI A SOBĚSTAČNOSTI PACIENTA (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: