

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev.č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1 potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.			
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
Diagnóza základní: vedlejší:		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod): Dne: jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	
Zdůvodnění pobytu v léčebně: Navrhovaná léčebna: 1 _____ 2 _____ Dne: razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod: 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 (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:

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev.č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2 spádové pojišťovně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.			
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
Diagnóza základní: vedlejší:		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod): Dne: jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	
Zdůvodnění pobytu v léčebně: Navrhovaná léčebna: 1 2 Dne: razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod: 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 (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:

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev.č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojistěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.			
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
Diagnóza základní: vedlejší:		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod): Dne: jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	
Zdůvodnění pobytu v léčebně: Navrhovaná léčebna: 1 _____ 2 _____ Dne: razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod: 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 (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:

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev.č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.			
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
Diagnóza základní: vedlejší:		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod): Dne: jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	
Zdůvodnění pobytu v léčebně: Navrhovaná léčebna: 1 _____ 2 _____ Dne: razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod: 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 (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: