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.: +420	
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel		tel.: +420	

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:**

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SLL Janské Lázně, s.p. DL Vesna

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 lékaře | podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne: jmenovka a podpis revizního lékaře | podpis a razítko 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.: +420	
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel		tel.: +420	

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:**

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SLL Janské Lázně, s.p. DL Vesna

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 lékaře | podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne: jmenovka a podpis revizního lékaře | podpis a razítko 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

vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte		Číslo pojištěnce	
Rodič (zákonný zástupce)		tel.: +420	
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel		tel.: +420	

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:**

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SLL Janské Lázně, s.p. DL Vesna

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 lékaře | podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne: jmenovka a podpis revizního lékaře | podpis a razítko 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.: +420	
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel		tel.: +420	

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:**

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SLL Janské Lázně, s.p. DL Vesna

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 lékaře | podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne: jmenovka a podpis revizního lékaře | podpis a razítko 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: