

<b>Kód pojišťovny</b> _____	<b>IČP</b> _____	<b>Odbornost</b> _____	<b>Ev. číslo</b> _____
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1</b>			<b>Čís. návrhu</b> _____
potvrzená objednávka léčebně			<b>Rok návrhu</b> _____

  

	Pacient	Zák. zástupce
<b>Příjmení a jméno</b>	_____	_____
<b>Číslo pojištěnce</b>	_____	_____
<b>Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail</b>	_____	_____
	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): \_\_\_\_\_

  

<p><b>Indikace / Typ:</b> _____ / _____</p> <p><b>Diagnóza základní:</b> _____</p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> _____</p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis revizního lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis a razítko pojišťovny</p>
--	---

## 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):

<b>Kód pojišťovny</b> <input type="text"/>	<b>IČP</b> <input type="text"/>	<b>Odbornost</b> <input type="text"/>	<b>Ev. číslo</b> <input type="text"/>
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2</b>			<b>Čís. návrhu</b> <input type="text"/>
k vyúčtování			<b>Rok návrhu</b> <input type="text"/>

  

	Pacient	Zák. zástupce
<b>Příjmení a jméno</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Číslo pojištěnce</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>

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):

  

<p><b>Indikace / Typ:</b> <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: <input type="text"/> jmenovka a podpis revizního lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis a razítko pojišťovny</p>
---	--

## 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):

<b>Kód pojišťovny</b> <input type="text"/>	<b>IČP</b> <input type="text"/>	<b>Odbornost</b> <input type="text"/>	<b>Ev. číslo</b> <input type="text"/>
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3</b>			<b>Čís. návrhu</b> <input type="text"/>
reviznímu lékaři k dokumentaci			<b>Rok návrhu</b> <input type="text"/>

  

	Pacient	Zák. zástupce
<b>Příjmení a jméno</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Číslo pojištěnce</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>

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):

  

<p><b>Indikace / Typ:</b> <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: <input type="text"/> jmenovka a podpis revizního lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis a razítko pojišťovny</p>
---	--

## 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):

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

  

	Pacient	Zák. zástupce
<b>Příjmení a jméno</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Číslo pojištěnce</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/> tel.: <input type="text"/>

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):

  

<p><b>Indikace / Typ:</b> <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: <input type="text"/> jmenovka a podpis revizního lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis a razítko pojišťovny</p>
---	--

## 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):