

Kód pojišťovny <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	IČP <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Odbornost <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Ev. číslo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1 potvrzená objednávka léčebně			Čís. návrhu <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
			Rok návrhu <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištěnce	
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 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

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji léčebnu:

1 _____

2 _____

Upravuji – 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, 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 V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2 k vyúčtování		Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
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 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	STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji léčebnu: 1 2 Upravuji – 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, 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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	IČP <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Odbornost <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Ev. číslo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			Čís. návrhu <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
			Rok návrhu <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Číslo pojištěnce	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu	e-mail: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	e-mail: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

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): _____

Indikace / Typ /

Diagnóza základní

Diagnóza vedlejší

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:

1 _____

2 _____

Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji léčebnu:

1 _____

2 _____

Upravuji – 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, 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
			Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI
V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4
navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištěnce	
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu	
e-mail:	e-mail:
tel.:	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):

Indikace / Typ
Diagnóza základní
Diagnóza vedlejší

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:
1
2

Dne: razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji léčebnu:
1
2

Upravuji – 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, 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):