

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
	NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1 potvrzená objednávka léčebně		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	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	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Diagnóza základní	<input type="text"/>		
Diagnóza vedlejší	<input type="text"/>		
Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:			
Navrhovaná léčebna:			
1	<input type="text"/>		
2	<input type="text"/>		
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře		

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji léčebnu:	
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
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 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci		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:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny</div> <div>podpis a razítko zdravotní pojišťovny</div> </div>

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 _____
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Čís. návrhu _____
			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):