

|  |                             |  |                                     |
|--|-----------------------------|--|-------------------------------------|
| Kód pojišťovny<br><input type="text"/>   | IČP<br><input type="text"/> | Odbornost<br><input type="text"/>  | Ev. číslo<br><input type="text"/>   |
| <b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI<br/>V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1</b><br>potvrzená objednávka léčebně   |                             |  | Čís. návrhu<br><input type="text"/> |
|  |                             |  | Rok návrhu<br><input type="text"/>  |
| <b>Pacient</b>   |                             | <b>Zák. zástupce</b>   |                                     |
| Příjmení a jméno<br><input type="text"/>   | <input type="text"/>        |  | <input type="text"/>                |
| Číslo pojištěnce<br><input type="text"/>   | <input type="text"/>        | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail<br>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: <input type="text"/>  |                             | Podpis pacienta (zák. zástupce): <input type="text"/>  |                                     |
| <b>Indikace / Typ:</b> <input type="text"/> / <input type="text"/><br><b>Diagnóza základní:</b> <input type="text"/><br><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input type="text"/><br>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:<br><br>Navrhovaná léčebna:<br>1 <input type="text"/><br>2 <input type="text"/><br><br>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře |                             | <b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b><br><br>Schvaluji léčebnu:<br>1 <input type="text"/><br>2 <input type="text"/><br><br>Upravuji – zamítám (důvod):<br><br><br>Dne: <input type="text"/> 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, 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):