

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

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	 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 REVIZNÍHO LÉKAŘE Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – 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, 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 2			Čís. návrhu
k vyúčtování			Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail		
	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 REVIZNÍHO LÉKAŘE Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – 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, 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 3			Čís. návrhu
reviznímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	 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 REVIZNÍHO LÉKAŘE Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – 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, 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 pojištění		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	 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 REVIZNÍHO LÉKAŘE Schvaluji léčebnu: 1. 2. Upravuji – 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, 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):