

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI  
V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1**

potvrzená objednávka léčebně

	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):

<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      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):

Kód pojišťovny <input style="width: 100%;" type="text"/>	IČP <input style="width: 15%;" type="text"/> Odbornost <input style="width: 15%;" type="text"/>	Ev. číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2</b>		Čís. návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>
k vyúčtování		Rok návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>

  

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></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 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis revizního lékaře      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):

Kód pojišťovny <input style="width: 100%;" type="text"/>	IČP <input style="width: 15%;" type="text"/> Odbornost <input style="width: 15%;" type="text"/>	Ev. číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3</b>		Čís. návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>
reviznímu lékaři k dokumentaci		Rok návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>

  

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></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 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis revizního lékaře      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):

Kód pojišťovny <input style="width: 100%;" type="text"/>	IČP <input style="width: 15%;" type="text"/> Odbornost <input style="width: 15%;" type="text"/>	Ev. číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4</b>		Čís. návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>
navrhujícímu lékaři k dokumentaci		Rok návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>

  

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: <input style="width: 150%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	e-mail: <input style="width: 150%;" type="text"/> tel.: <input style="width: 100%;" 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 style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></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 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis revizního lékaře      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):