

Kód pojišťovny <input type="text"/>	IČP <input type="text"/>	Odbornost <input type="text"/>	Ev. číslo <input type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1			Čís. návrhu <input type="text"/>
potvrzená objednávka léčebně			Rok návrhu <input type="text"/>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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: Podpis pacienta (zák. zástupce):

<p>Indikace / Typ: <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <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;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</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</p> <p style="text-align: right;">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	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI
V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2**
k vyúčtování

	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):

<p>Indikace / Typ: <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <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;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</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"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3 reviznímu lékaři k dokumentaci		Čís. návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>
		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>Indikace / Typ: <input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <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;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</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	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-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>Indikace / Typ: <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <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;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</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):