

| | | | |
|--|-----|-----------|--------|
| Kód pojišťovny | IČP | Odbornost | Ev. č. |
| | | | |
| NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2 spádové pojišťovně k dokumentaci | | | |

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení | Číslo pojištění |
| Zákonný zástupce | tel.: |
| Přesná adresa vč. PSČ | |
| Zaměstnavatel | tel.: |

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní: vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 Lázně Darkov, a.s.

2 _____

Dne: _____
razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:
Upravuji - zamítám (důvod):

Dne: _____
jmenovka a podpis revizního lékaře podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k léčebně)

Schvaluji doprovod:
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:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITU, STOMIE, ÚDAJE O KONTINENCI A SOBĚSTACNOSTI PACIENTA (event. odborná vlotka nebo prekladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bode C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

| | | | |
|----------------|-----|-----------|--------|
| Kód pojišťovny | IČP | Odbornost | Ev. č. |
| | | | |

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3
vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení | Číslo pojištění |
| Zákonný zástupce | tel.: |
| Přesná adresa vč. PSČ | |
| Zaměstnavatel | tel.: |

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní: vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 Lázně Darkov, a.s.

2 _____

Dne: _____
razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:
Upravuji - zamítám (důvod):

Dne: _____
jmenovka a podpis revizního lékaře podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k léčebně)

Schvaluji doprovod:
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:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITU, STOMIE, ÚDAJE O KONTINENCI A SOBĚSTACNOSTI PACIENTA (event. odborná vlotka nebo prekladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bode C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

| | | | |
|----------------|-----|-----------|--------|
| Kód pojišťovny | IČP | Odbornost | Ev. č. |
| | | | |

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4
navrhujícímu lékaři k dokumentaci

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení | Číslo pojištění |
| Zákonný zástupce | tel.: |
| Přesná adresa vč. PSČ | |
| Zaměstnavatel | tel.: |

Prohlašuji, že jmenovaný je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis pojištěnce (zák. zástupce):

Diagnóza základní: vedlejší:

Smluvní indikace odborné léčebny:

Navrhovaná léčebna:

1 Lázně Darkov, a.s.

2 _____

Dne: _____
razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:
Upravuji - zamítám (důvod):

Dne: _____
jmenovka a podpis revizního lékaře podpis a razítko pojišťovny

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k léčebně)

Schvaluji doprovod:
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:

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná):

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (ve které):

B: NO:

C: KOMPLETNÍ OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A POPIS FUNKČNÍHO POSTIŽENÍ VČETNĚ MOBILITY, PŘÍTOMNOSTI DEKUBITU, STOMIE, ÚDAJE O KONTINENCI A SOBĚSTACNOSTI PACIENTA (event. odborná vlotka nebo prekladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bode C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ: