

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

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

potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail			
tel:		tel:	
e-mail:		e-mail:	

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 Odborný léčebný ústav Jevíčko, 569 43 Jevíčko

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, dřívejší pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci): _____

OA: _____

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná): _____

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 bode 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			
tel:		tel:	
e-mail:		e-mail:	

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 Odborný léčebný ústav Jevíčko, 569 43 Jevíčko

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: _____

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná): _____

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 bode C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny <input type="text"/>	IČP <input type="text"/>	Odbornost <input type="text"/>	Ev. číslo <input type="text"/>	Čís. návrhu <input type="text"/>	Rok návrhu <input type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3 reviznímu lékaři k dokumentaci					
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"/>		
tel: <input type="text"/>			tel: <input type="text"/>		
e-mail: <input type="text"/>			e-mail: <input type="text"/>		
<p>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.</p>					
Dne: <input type="text"/>			Podpis pacienta (zák. zástupce): <input type="text"/>		
Indikace / Typ: <input type="text"/> / <input type="text"/> Diagnóza základní: <input type="text"/> Diagnóza vedlejší: <input type="text"/> Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Navrhovaná léčebna: 1 <u>Odborný léčebný ústav Jevíčko, 569 43 Jevíčko</u> 2 _____ Dne: _____ <small>razítko, jmenovka a podpis lékaře</small>			STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE Schvaluji léčebnu: 1. _____ 2. _____ Upravuji - zamítám (důvod): Dne: _____ <small>jmenovka a podpis revizního lékaře</small> <small>podpis a razítko pojišťovny</small>		

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 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 bode 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 pojištěnce []	[]		[]
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail []	[]		[]
tel: []	[]	tel: []	[]
e-mail: []	[]	e-mail: []	[]

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. <u>Odborný léčebný ústav Jevíčko, 569 43 Jevíčko</u> 2. _____ Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře	<p style="text-align: center;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</p> 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, dřívejší pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci): _____

OA: _____

Provedená očkování pacienta (jsou-li zřetele hodná): _____

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 bode C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):