

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. č.

**NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1**

potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

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

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_  
razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne: \_\_\_\_\_  
jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny      podpis a razítko zdravotní pojišťovny**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k dětské léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne: \_\_\_\_\_  
jmenovka a podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny      podpis a razítko zdravotní 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 (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. č.

## NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2

spádové zdravotní pojišťovně k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

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

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

## STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní pojišťovny

## STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní 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 (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. č.

**NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3**

zdravotní pojišťovně k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

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

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní pojišťovny**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k dětské léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní 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 (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:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. č.

**NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4**

navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:
Přesná adresa vč. PSČ	
Zaměstnavatel	tel.:

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

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne:

razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)*

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní pojišťovny**STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY***(ÚP příslušné k dětské léčebně)*

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis oprávněné  
osoby zdravotní pojišťovnypodpis a razítko  
zdravotní 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 (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: