

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 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): \_\_\_\_\_

**Indikace / Typ:**  /

**Diagnóza základní:**

**Diagnóza vedlejší:**

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:

1 Rehabilitační ústav Lázně Bělohrad

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:

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
	<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2</b>		Rok návrhu
			k vyúčtování
<b>Pacient</b>		<b>Zák. zástupce</b>	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail			
	e-mail:	tel.:	e-mail:
			tel.:
<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> <p>Dne: _____ Podpis pacienta (zák. zástupce): _____</p>			
<b>Indikace / Typ:</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> <b>Diagnóza základní:</b> <input type="text"/> <b>Diagnóza vedlejší:</b> <input type="text"/> Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:		<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>	
Navrhovaná léčebna: 1 <u>Rehabilitační ústav Lázně Bělohrad</u> 2 _____		Schvaluji léčebnu: 1 _____ 2 _____	
Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře		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:

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 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3</b> reviznímu lékaři k dokumentaci			Čís. návrhu [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
			Rok návrhu [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>Pacient</b>		<b>Zák. zástupce</b>	
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): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
<b>Indikace / Typ:</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <b>Diagnóza základní:</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <b>Diagnóza vedlejší:</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Navrhovaná léčebna: 1 <u>Rehabilitační ústav Lázně Bělohrad</u> 2 _____  Dne: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      razítko, jmenovka a podpis lékaře		<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>  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:

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):

