

Kód pojišťovny _____	IČP _____	Odbornost _____	Ev. číslo _____
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1			Čís. návrhu _____
potvrzená objednávka léčebně			Rok návrhu _____

	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: _____ / _____</p> <p>Diagnóza základní: _____</p> <p>Diagnóza vedlejší: _____</p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1. <u>Sanatoria Klimkovice</u></p> <p>2. _____</p> <p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ 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):