

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 pojištění

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 RÚ Hostinné

2

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1

2

Upravuji – zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis 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

Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2

k vyúčtování

Pacient

Zák. zástupce

Příjmení a jméno

Číslo pojištění

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 RÚ Hostinné

2

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1

2

Upravuji – zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis 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

Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3

reviznímu lékaři k dokumentaci

Pacient

Zák. zástupce

Příjmení a jméno

Číslo pojištění

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 RÚ Hostinné

2

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1

2

Upravuji – zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis 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

Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4

navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Pacient

Zák. zástupce

Příjmení a jméno

Číslo pojištění

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 RÚ Hostinné

2

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1

2

Upravuji – zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis 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):