

	IČP		Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílající OP ZP	

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištění	
Zaměstnavatel - Škola (třída)	
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:

**Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):**

Indikace:  Dg.

Komplexní -  příspěvková lázeňská péče  
 I.  II.  D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče  
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče  Muž -  Žena  
Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

**POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ**

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP**

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti  I.  II.  D.
- příspěvkovou lázeňskou péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis revizního lékaře      razítko a podpis ÚP

**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):**

**Termín nástupu:**

razítko a podpis

	IČP		Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílající OP ZP	

  

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištění	
Zaměstnavatel - Škola (třída)	
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:

  

<p><b>Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):</b></p> <p style="text-align: center;">Indikace: <input style="width: 80px;" type="text"/> Dg. <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Komplexní - <input type="checkbox"/> příspěvková lázeňská péče  <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče  <input type="checkbox"/> Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče <input type="checkbox"/> Muž - <input type="checkbox"/> Žena  Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:</p> <p>1 _____  2 _____</p> <p>Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře</p> <p><b>POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ</b></p> <p>Dne: _____ razítko a podpis</p>	<p><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP</b></p> <p>Schvaluji:</p> <p>- komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D.  - příspěvkovou lázeňskou péči  - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče <b>Muž - Žena</b>  - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:</p> <p>1 _____  2 _____  3 _____</p> <p>Upravuji - Zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře      razítko a podpis ÚP</p>
---	---

**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):**

**Termín nástupu:**

razítko a podpis

	IČP		Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílající OP ZP	
<b>Pacient</b>			<b>Zák. zástupce</b>	
Příjmení a jméno				
Číslo pojištění				
Zaměstnavatel - Škola (třída)				
Bydliště (adresa) vč. PSČ			tel.:	
<b>Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):</b>  Indikace: <input type="text"/> Dg. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Komplexní - <input type="checkbox"/> příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče <input type="checkbox"/> Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče <input type="checkbox"/> Muž - <input type="checkbox"/> Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:  1 _____ 2 _____  Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře			<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP</b>  Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D. - příspěvkovou lázeňskou péči - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče <b>Muž - Žena</b> - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:  1 _____ 2 _____ 3 _____  Upravuji - Zamítám (důvod):  Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře _____ razítko a podpis ÚP	
<b>POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ</b>  Dne: _____ razítko a podpis				

**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):**

**Termín nástupu:**

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:**

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

IČP	
Odbornost	

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

\_\_\_\_\_ podpis pojištěnce (zák. zástupce)

	IČP		Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílající OP ZP	

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištění	
Zaměstnavatel - Škola (třída)	
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:

**Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):**

Indikace:  Dg.

Komplexní -  příspěvková lázeňská péče  
 I.  II.  D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče  
 Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče  Muž -  Žena  
Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

**POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ**

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP**

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti  I.  II.  D.
- příspěvkovou lázeňskou péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis revizního lékaře \_\_\_\_\_ razítko a podpis ÚP

**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):**

**Termín nástupu:**

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:**

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

IČP	
Odbornost	

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

\_\_\_\_\_ podpis pojištěnce (zák. zástupce)

	IČP		Ev. č.	
	Odbornost		Čís. vysílající OP ZP	

Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	
Číslo pojištění	
Zaměstnavatel - Škola (třída)	
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:

**Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):**

Indikace:  Dg.

Komplexní -  příspěvková lázeňská péče

I.  II.  D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče  Muž -  Žena

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

**POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ**

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis

**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP**

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti  I.  II.  D.
- příspěvkovou lázeňskou péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče **Muž - Žena**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: \_\_\_\_\_ razítko a podpis revizního lékaře \_\_\_\_\_ razítko a podpis ÚP

**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):**

**Termín nástupu:**

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:**

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

razítko a podpis

IČP	
Odbornost	

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

\_\_\_\_\_ podpis pojištěnce (zák. zástupce)