



## Návrh na příspěvek na léčebně ozdravný pobyt

jméno a příjmení dítěte		rodné číslo dítěte
trvalé bydliště dítěte		
kontaktní adresa		
jméno a příjmení zákonného zástupce		rodné číslo zák. zástupce
mobilní telefon zák. zástupce	e-mailová adresa zák. zástupce	

Typ pobytu (zaškrtněte):  přímořský  vysokohorský  lázeňský

Předpokládaný termín pobytu: .....

Předpokládané místo konání pobytu: ..... Stát: .....

Organizátor pobytu: ..... IČO: .....

**PROHLÁŠENÍ:** Beru na vědomí a budu se řídit Podmínkami čerpání preventivních programů OZP zveřejněnými na [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz), stejně jako specifickými podmínkami určenými pro daný program zveřejněnými tamtéž. Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s informací o zpracování osobních údajů na <https://www.ozp.cz/pro-klienty/ochrana-osobnich-udaju> nebo na klientském pracovišti OZP.

.....  
Datum

.....  
podpis žadatele

Příspěvek až 10 000 Kč je určen na klimatický (přímořský/vysokohorský) nebo lázeňský léčebně ozdravný pobyt (nehrazený z veřejného zdravotního pojištění) s minimální délkou pobytu 15 dní (14 nocí). Příspěvek je určen pro děti do 18 let s chronickými respiračními a dermatologickými chorobami nebo pro děti s obezitou. Pobyt musí být definován jako léčebně ozdravný pobyt a musí být zajištěn prostřednictvím cestovní kanceláře nebo lázeňským zařízením (z příspěvku nelze financovat individuální zájezd rodiče s dítětem např. k moři, byť je organizován cestovní kanceláří).. Příspěvek lze čerpat v daném roce pouze na jeden typ pobytu a není určen pro doprovod dítěte.

Min. 30 dní před zahájením pobytu je třeba doručit zdravotní pojišťovně tento **Návrh na příspěvek na léčebně ozdravný pobyt** potvrzený praktickým lékařem pro děti a dorost. OZP se k žádosti vyjádří do 30 dnů.

**Vysokohorský pobyt:** místo pobytu se musí nacházet v minimální nadmořské výšce 800 m n. m. a mimo blízkost velkých měst a rušných dopravních komunikací. Čistota ovzduší zase musí splňovat kritéria klimatického léčebně ozdravného pobytu.

**Přímořský pobyt:** oblast mimo bezprostřední blízkost velkých aglomerací a rušných dopravních komunikací.

**Lázeňský/ozdravný pobyt:** příspěvek je určen na ozdravné pobyty nehrazené z veřejného zdravotního pojištění organizované lázeňskými/ozdravnými zařízeními.

Pobyty jsou určeny pro tyto diagnózy:

- alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané (J30) – vysokohorský/přímořský/lázeňský pobyt
- astma bronchiale (J45) – vysokohorský/přímořský/lázeňský pobyt
- chronická bronchitida (J40 nebo J42) – vysokohorský/přímořský/lázeňský pobyt
- psoriáza všech forem (L40) – přímořský/lázeňský pobyt
- atopický ekzém (L20) – přímořský/lázeňský pobyt
- obezita (E66) – lázeňský pobyt

## Návrh na zařazení na léčebně ozdravný pobyt

Doporučený typ pobytu (zaškrtněte):  přímořský  vysokohorský  lázeňský

Stanovená diagnóza (zaškrtněte):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané, J30 | <input type="checkbox"/> chronická bronchitida, J40 nebo J42 |
| <input type="checkbox"/> asthma bronchiale, J45   | <input type="checkbox"/> psoriáza všech forem, L40           |
|   | <input type="checkbox"/> atopický ekzém, L20                 |
|   | <input type="checkbox"/> obezita (E66)                       |

Anamnéza a popis obtíží:

Důvod doporučení absolvování ozdravného pobytu:

Pravidelně užívané léky (vč. dávkování):

Sezónně užívané léky (vč. dávkování):

Alergie na léky (projevy, název léku):

Alergie ostatní:

Přikládám ..... ks fotokopie lékařského nálezu z odborného pracoviště

Dne: .....

.....  
Razítko a podpis PLDD