

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, 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 (organizovaný lázeňskými/ozdravnými zařízeními ale 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). Součástí pobytu musí být minimálně zdravotní a ideálně komplexní zdravotní a pedagogicko-psychologická péče, tzn. pobyt musí zahrnovat komplexní péči, včetně zdravotních procedur a aktivit, a to pod odborným lékařským dohledem.

Možné typy pobytu: **vysokohorský pobyt**, přímořský pobyt, **lázeňský ozdravný pobyt** nehrazený z veřejného zdravotního pojištění. 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.

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

Vyplňuje praktický lékař pro děti a dorost:

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 bronchitis, 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