



IČP _____
Odbornost _____

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 1**
předvolání pacientovi

Ev. č. _____
Čís. vysílajícího
ÚP _____

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: _____

Dg. _____

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

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

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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 ÚP

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I. II. D

- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči

- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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:

VZP-15/2015

razítko a podpis



IČP

Odbornost

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 2**
potvrzená objednávka láním

Ev. č.

Čís. vysílajícího
ÚP

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

 I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péčePrůvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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 ÚP

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I. II. D

- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči

- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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:**

VZP-15/2015

razítko a podpis



IČP _____
Odbornost _____

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 3**
lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci

Ev. č. _____
Čís. vysílajícího
ÚP _____

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: _____

Dg. _____

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

- 1 _____
- 2 _____

VZP-15/2015

Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE ÚP

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I. II. D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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:

VZP-15/2015

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize 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

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	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 4**
pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci

Ev. č.	
Čís. vysílajícího ÚP	

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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 ÚP

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I. II. D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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:

VZP-15/2015

razítko a podpis

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

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 _____
Odbornost _____

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 5**
navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Ev. č. _____
Čís. vysílajícího
ÚP _____

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

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace: _____ **Dg.** _____

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče
 I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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 ÚP

Schvaluji:
- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti I. II. D
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. 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:

VZP-15/2015

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize 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

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 pojistěnce (zák. zástupce)