**ČÁST B**

**INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU POJIŠTĚNCE
(vyplní ošetřující lékař)**

**úDAJE O pojištěnci:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravotní indikace k přímořskému pobytu (zaškrtněte variantu):**

psoriáza (MKN L40) všech forem,

atopický ekzém, který je soustavně léčen minimálně po dobu 5 let (MKN L20),

dermorespirační syndrom, tj. atopický ekzém (MKN L20) v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích (MKN J40-J44) v dispenzarizaci pneumologické ambulance,

bronchiální astma (MKN J45) a jeho podskupiny léčené inhalačními kortikosteroidy,

alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané (MKN J30),

opakované katary dýchacích cest (MKN J399); podmínka pro přiznání finančního příspěvku platí pro děti, u kterých se opakují min. 6x za rok katary dýchacích cest
a byly léčeny 3 a více krát za rok antibiotiky. Potvrzeno záznamem ve zdravotnické dokumentaci.

**Anamnéza, objektivní nález** – četnost infektů, dispenzarizace u odborného lékaře, dosavadní terapie – popis pravidelné medikace - respirační, alergologická (podrobnější popis uveďte na zadní stranu tiskopisu, popř. přiložte další odborné zprávy):

**Nejsou mi známy obecné kontraindikace k absolvování přímořského pobytu pojištěnce v délce trvání 14 nocí.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis ošetřujícího lékaře