

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1

potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte

Číslo pojištěnce

Rodič (zákonný zástupce)

tel.:

Přesná adresa vč. PSČ

Zaměstnavatel

tel.:

Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SANATORIUM EDEL s.r.o., Zlaté Hory 793 76, Lázeňská 491

2

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE**

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3

vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte

Číslo pojištěnce

Rodič (zákonný zástupce)

tel.:

Přesná adresa vč. PSČ

Zaměstnavatel

tel.:

Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SANATORIUM EDEL s.r.o., Zlaté Hory 793 76, Lázeňská 491

2

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE**

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev.č.

NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4

navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte

Číslo pojištěnce

Rodič (zákonný zástupce)

tel.:

Přesná adresa vč. PSČ

Zaměstnavatel

tel.:

Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé.
Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.

Dne:

Podpis rodiče (zák. zástupce):

Diagnóza základní:

vedlejší:

Zdůvodnění pobytu v léčebně:

Navrhovaná léčebna:

1 SANATORIUM EDEL s.r.o., Zlaté Hory 793 76, Lázeňská 491

2

Dne:

razítko ZZ, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)

Schvaluji léčebnu:

Upravuji - zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE**

(ÚP příslušné k dětské léčebně)

Schvaluji doprovod:

Zamítám (důvod):

Dne:

jmenovka a podpis
revizního lékařepodpis a razítko
pojišťovny**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ: