

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 Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p.o., Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov

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 2

spádové pojišťovně 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 Léčebna respiračních nemocí Cvikov, p.o., Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov

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 Léčebna respiračních nemocí Cvikov, Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov

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 Léčebna respiračních nemocí Cvikov, Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov

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: