

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1			Rok návrhu
potvrzená objednávka léčebně			
	Pacient		Zák. zástupce
Příjmení a jméno			
Číslo pojištění			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: tel.:		e-mail: tel.:
Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.			
Dne:		Podpis pacienta (zák. zástupce):	
Indikace / Typ: [] / []		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE	
Diagnóza základní: []			
Diagnóza vedlejší: []		Schvaluji léčebnu:	
Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:		1 _____	
		2 _____	
Navrhovaná léčebna:		Upravuji – zamítám (důvod):	
1 MediCentrum Praha, a.s. Kloknerova 1/1245, Praha 11, 148 00 tel: 272 937 285, fax: 267 911 078			
2 _____			
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře		Dne: jmenovka a podpis revizního lékaře podpis 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, lázeňské 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 (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny <input style="width: 100%;" type="text"/>	IČP <input style="width: 100%;" type="text"/>	Odbornost <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ev. číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2			Čís. návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>
k vyúčtování			Rok návrhu <input style="width: 100%;" type="text"/>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Číslo pojištěnce	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/>	e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/>

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platností. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: Podpis pacienta (zák. zástupce):

<p>Indikace / Typ: <input style="width: 100px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 MediCentrum Praha, a.s., Kloknerova 1/1245, Praha 11, 148 00 tel: 272 937 285, fax: 267911078</p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Dne: <input style="width: 150px;" type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: <input style="width: 150px;" type="text"/> jmenovka a podpis revizního lékaře podpis a razítko pojišťovny</p>
---	--

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

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

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské 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 (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. číslo

Čís. návrhu

Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3

reviznímu lékaři k dokumentaci

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: _____ tel.: _____	e-mail: _____ tel.: _____

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne:

Podpis pacienta (zák. zástupce):

Indikace / Typ:

Diagnóza základní:

Diagnóza vedlejší:

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:

MediCentrum Praha, a.s.

1 Kloknerova 1/1245, Praha 11, 148 00

tel: 272 937 285,

Fax: 267 911 078

2 _____

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1 _____

2 _____

Upravuji – 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, lázeňské 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 (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny

IČP

Odbornost

Ev. číslo

Čís. návrhu

Rok návrhu

NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4

navrhujícímu lékaři k dokumentaci

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail	e-mail: _____ tel.: _____	e-mail: _____ tel.: _____

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne:

Podpis pacienta (zák. zástupce):

Indikace / Typ:

Diagnóza základní:

Diagnóza vedlejší:

Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:

Navrhovaná léčebna:

MediCentrum Praha, a.s., Kloknerova 1/1245,
1 Praha 11, 148 00, tel: 272 937 285,
Fax: 267 911 078

2

Dne:

razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu:

1 _____

2 _____

Upravuji – 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, lázeňské 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 (event. jiná sdělení):