

|                                                                                                            |                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kód pojišťovny<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div> | IČP <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> | Odbornost <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> | Ev. číslo <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>   |
| <b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI<br/>V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1</b>                                   |                                                                                                                            |                                                                                                                                  | Čís. návrhu <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> |
| potvrzená objednávka léčebně                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                  | Rok návrhu <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>  |

  

|                                                | Pacient                                                                                                                                                       | Zák. zástupce                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení a jméno                               | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       |
| Číslo pojištění                                | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>                                                                                       |
|                                                | e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |

  

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): \_\_\_\_\_

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Indikace / Typ:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p><br><br><p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p><br><p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p> | <p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p><br><p>Upravuji – zamítám (důvod):</p><br><br><p>Dne: _____ 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<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div> | IČP <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> | Odbornost <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> | Ev. číslo<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>   |
| <b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI<br/>V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2</b>                                   |                                                                                                                            |                                                                                                                                  | Čís. návrhu<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> |
| k vyúčtování                                                                                               |                                                                                                                            |                                                                                                                                  | Rok návrhu<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>  |

  

|                                                | Pacient                                                                                                                                                       | Zák. zástupce                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení a jméno                               | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       |
| Číslo pojištěnce                               | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                       |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>                                                                                       | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>                                                                                       |
|                                                | e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |

  

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): \_\_\_\_\_

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Indikace / Typ:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p><br><br><p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p><br><p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p> | <p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p><br><p>Upravuji – zamítám (důvod):</p><br><br><p>Dne: _____ 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<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>       | IČP<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> | Odbornost<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> | Ev. číslo<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>   |
| <b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI</b><br><b>V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 3</b><br>reviznímu lékaři k dokumentaci |                                                                                                 |                                                                                                       | Čís. návrhu<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> |
|                                                                                                                  |                                                                                                 |                                                                                                       | Rok návrhu<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>  |

  

|                                                | Pacient                                                                                                                                                                           | Zák. zástupce                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení a jméno                               | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                          | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                          |
| Číslo pojištění                                | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                          | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                          |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> |
|                                                | e-mail: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                  | e-mail: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                  |
|                                                | tel.: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                    | tel.: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>                                                                                    |

  

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): \_\_\_\_\_

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Indikace / Typ:</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p><br><br><p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p><br><p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p> | <p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p><br><p>Upravuji – zamítám (důvod):</p><br><br><p>Dne: _____ jmenovka a podpis revizního lékaře</p> <p style="text-align: right;">podpis a<br/>razítko<br/>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<br><div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>          | IČP<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div> | Odbornost<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div> | Ev. číslo<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>   |
| <b>NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI</b><br><b>V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4</b><br>navrhujícímu lékaři k dokumentaci |                                                                                                  |                                                                                                        | Čís. návrhu<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div> |
|                                                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                        | Rok návrhu<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>  |

  

|                                                | Pacient                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Zák. zástupce                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Příjmení a jméno                               | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                  |
| Číslo pojištění                                | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                  | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                  |
| Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mail | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div><br>e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div><br>e-mail: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> tel.: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |

  

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): \_\_\_\_\_

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Indikace / Typ:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p><b>Diagnóza základní:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p><b>Diagnóza vedlejší:</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p><br><br><p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p><br><p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p> | <p style="text-align: center;"><b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b></p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1. <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>2. <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p><br><p>Upravuji – zamítám (důvod):</p><br><br><p>Dne: _____ 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):