

Kód pojišťovny <input type="text"/>	IČP <input type="text"/>	Odbornost <input type="text"/>	Ev. číslo <input type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 1 V ODBORNÉM LÉČEBNĚM ÚSTAVU PRO KARDIOREHABILITACI Teplice nad Bečvou			Čís. návrhu <input type="text"/>
potvrzená objednávka léčebně			Rok návrhu <input type="text" value="2014"/>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojištění	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktní e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>
	tel: <input type="text"/>	tel: <input type="text"/>

Prohlašuji, že výše 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:
Pacient je indikován k časné rehabilitaci.

Navrhovaná léčebna:

1 Odborný léčebný ústav pro kardiorehabilitaci
Teplice nad Bečvou

2

Dne: razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu :

1

2

Upravuji – zamítám (důvod):

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:

Přechozí 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 AEVENT. 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 type="text"/>	IČP <input type="text"/>	Odbornost <input type="text"/>	Ev. číslo <input type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 2 V ODBORNÉM LÉČEBNĚM ÚSTAVU PRO KARDIOREHABILITACI Teplice nad Bečvou			Čís. návrhu <input type="text"/>
k vyúčtování			Rok návrhu <input type="text" value="2014"/>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojištění	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktní e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/> tel: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/> tel: <input type="text"/>

Prohlašuji, že výše 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>Indikace / Typ: <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Diagnóza základní: <input type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší: <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Pacient je indikován k časně rehabilitaci.</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 Odborný léčebný ústav pro kardiorehabilitaci <u>Teplice nad Bečvou</u></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</p> <p>Schvaluji léčebnu :</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p><input type="text"/></p> <p>Dne: <input 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:

Přechozí 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 AEVENT. 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 type="text"/>	IČP <input type="text"/>	Odbornost <input type="text"/>	Ev.číslo <input type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 3 V ODBORNÉM LÉČEBNĚM ÚSTAVU PRO KARDIOREHABILITACI Teplice nad Bečvou			Čís.návrhu <input type="text"/>
reviznímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu 2014

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojištění	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktní e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e-mail: <input type="text"/> tel: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/> tel: <input type="text"/>

Prohlašuji, že výše 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:
Pacient je indikován k časné rehabilitaci.

Navrhovaná léčebna:

1 Odborný léčebný ústav pro kardiorehabilitaci
Teplice nad Bečvou

2 _____

Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE

Schvaluji léčebnu :

1 _____

2 _____

Upravuji – zamítám (důvod):

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:

Přechozí 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 AEVENT. 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 <input style="width: 80%;" type="text"/>	Odbornost <input style="width: 80%;" type="text"/>	Ev. číslo <input style="width: 80%;" type="text"/>
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 4 V ODBORNÉM LÉČEBNĚM ÚSTAVU PRO KARDIOREHABILITACI Teplice nad Bečvou			Čís. návrhu <input style="width: 80%;" type="text"/>
navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu <input style="width: 80%;" type="text" value="2014"/>

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Číslo pojištění	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktní e-mail	<input style="width: 95%;" type="text"/> e-mail: <input style="width: 80%;" type="text"/> tel: <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/> e-mail: <input style="width: 80%;" type="text"/> tel: <input style="width: 80%;" type="text"/>

Prohlašuji, že výše 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>Indikace / Typ: <input style="width: 150px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" 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: Pacient je indikován k časné rehabilitaci.</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 Odborný léčebný ústav pro kardiorehabilitaci <u>Teplice nad Bečvou</u></p> <p>2 _____</p> <p>_____</p> <p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</p> <p>Schvaluji léčebnu :</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <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:

Přechodný 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 AEVENT. 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):