



IČP	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 1**
předvolání pacientovi

Ev. č.	
Čís. vysílajícího ÚP	

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - Škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ I. ☐ II. ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 _____

2 _____

Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti

☐ I. ☐ II. ☐ D

- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči

- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče

Muž - Žena

- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 _____

2 _____

3 _____

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP - 15/2022

razítko a podpis



IČP	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 2**
potvrzená objednávka lázním

Ev. č.	
Čís. vysílajícího ÚP	

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - Škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ I. ☐ II. ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 _____

2 _____

Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti

☐ I. ☐ II. ☐ D

- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči

- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče

Muž - Žena

- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1 _____

2 _____

3 _____

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: _____ razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP - 15/2022

razítko a podpis



IČP	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 3**
lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci

Ev. č.	
Čís. vysílajícího ÚP	

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - Škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ I. ☐ II. ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče
Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1	
2	

Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

☐ I. ☐ II. ☐ D

Muž - Žena

1	
2	
3	

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: _____

razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP - 15/2022

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP	
Odbornost	

razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského
místa (event. poskytovatele) a dále беру на vědomí informace zde uvedené.

podpis pojištěnce (zák. zástupce)



IČP

Odbornost

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 4**

zdravotní pojišťovně k dokumentaci

Ev. č.

Čís. vysílajícího
ÚP

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Zaměstnavatel - Škola (třída)		
Bydliště (adresa) vč. PSČ	tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ I. ☐ II. ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péčePrůvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1

2

Dne: razítko ZZ, Jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti ☐ I. ☐ II. ☐ D

- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči

- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče

- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

Muž - Žena

1

2

3

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne: razítko a podpis oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny**LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):****Termín nástupu:**

VZP - 15/2022

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP	
Odbornost	

razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského
místa (event. poskytovatele) a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

podpis pojištěnce (zák. zástupce)



IČP	
Odbornost	

**NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ
REHABILITAČNÍ PÉČI - díl 5**
navrhujícímu lékaři k dokumentaci

Ev. č.	
Čís. vysílajícího ÚP	

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Zaměstnavatel - škola (třída)			
Bydliště (adresa) vč. PSČ		tel.:	tel.:

Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):

Indikace:

Dg.

Komplexní - příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ I. ☐ II. ☐ D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské léč. reh. péče

Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče **Muž - Žena**

Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1	
2	

Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ

Dne: _____ razítko a podpis

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Schvaluji:

- komplexní lázeňskou léč. reh. péči s pořadím naléhavosti
- příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči
- průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léč. reh. péče
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

☐ I. ☐ II. ☐ D

Muž - Žena

1	
2	
3	

Upravuji - Zamítám (důvod):

Dne:

razítko a podpis
oprávněné osoby pojišťovny

razítko a podpis
zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

VZP - 15/2022

razítko a podpis

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(Ize nahradit propouštěcí zprávou lůžk. zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

IČP	
Odbornost	

razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu a výběr lázeňského místa (event. poskytovatele) a dále беру на vědomí informace zde uvedené.

podpis pojištěnce (zák. zástupce)