

IČP		NÁVRH NA LÁZEŇSKOU LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI	Ev. č.	
Odbornost			Čís. vysílajícího ÚP	

	Pacient	Zák. zástupce
Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		
Bydliště (adresa) vč. PSČ		
Telefon, e-mail		

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 **Ano – Ne**
Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:

1 Lázně Luhačovice, a.s.

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 **Ano - Ne**
- lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:

1

2

3

Zamítám

Poznámka:

Dne: podpis oprávněné osoby zdravotní pojišťovny

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

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

razítko a podpis

VZP-15/2025

IČP		
Odbornost		razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji správnost osobních údajů uvedených na návrhu
a dále beru na vědomí informace zde uvedené.

podpis pojištěnce (zák. zástupce)