

**Návrh na kúpeľnú starostlivosť**

Zdravotná poisťovňa poistenca

Evidenčné číslo návrhu \*)

2. diel - Objednávka pre kúpeľnú liečebňu

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA	
Priezvisko a meno			
Rodné číslo	tel.:		tel.:
Adresa trvalého pobytu	PSC:		PSC:
Zamestnávateľ			
Identifikačná skupina - číslo	Hlavná diagnóza - číslo:	slovom:	
Vedľajšie diagnózy:	Navrhol:		
Kúpeľná starostlivosť	ústavná <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>	detská <input type="checkbox"/>
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Overil:
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	Dátum, pečiatka, podpis
<b>STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE</b>			
Návrh:	schválený <input type="checkbox"/>	Stupeň naliehavosti: 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Určená kúpeľná liečebňa:	Sprievodca pre pobyt:		áno <input type="checkbox"/>
			nie <input type="checkbox"/>
Návrh:	zamietnutý <input type="checkbox"/>		
Zdôvodnenie:			
			Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára

<b>LEKÁRSKA SPRÁVA</b> (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)			
Pacienti:	chodiaci <input type="checkbox"/>	mobilní pomocou barlí <input type="checkbox"/>	na vozíku <input type="checkbox"/>
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg
		Tk:	/
		P:	
Anamnéza a terajšie ochorenie:			
Laboratórne a doplnujúce vyšetrenia: Dátum:		FW:	/
Rtg hrudníka:		Moč:	KO:
EKG:			
Iné:			
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:			
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:			

\*) Vyplní poisťovňa

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)

# Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

Evidenčné číslo návrhu \*)

3. diel - Pre kúpeľnú komisiu zdravotnej poisťovne

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA	
Priezvisko a meno			
Rodné číslo		tel.:	
Adresa trvalého pobytu		PSČ:	
Zamestnávateľ			
Identifikačná skupina - číslo		Hlavná diagnóza - číslo:	
Vedľajšie diagnózy:		Navrhov:	
Kúpeľná starostlivosť	ústavná <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>	detská <input type="checkbox"/>
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
		Dátum, pečiatka, podpis	Dátum, pečiatka, podpis
STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE			
Návrh:	schválený <input type="checkbox"/>	Stupeň naliehavosti: 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		Sprievodca pre pobyt:	áno <input type="checkbox"/>
			nie <input type="checkbox"/>
Určená kúpeľná liečebňa:			
Návrh:	zamietnutý <input type="checkbox"/>		
Zdôvodnenie:			
		Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára	

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)			
Pacienti:	chodiaci <input type="checkbox"/>	mobilní pomocou barlí <input type="checkbox"/>	na vozíku <input type="checkbox"/>
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg
		Tk:	/
		P:	
Anamnéza a terajšie ochorenie:			
Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia:	Dátum:	FW:	/
Rtg hrudníka:		Moč:	KO:
EKG:			
Iné:			
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:			
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:			

\*) Vyplní poisťovňa

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)

# Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poistenca

4. diel - Pre navrhujúceho lekára

--	--	--	--

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA	
Priezvisko a meno			
Rodné číslo		tel.:	
Adresa trvalého pobytu	PSC:		PSC:
Zamestnávateľ			
Identifikačná skupina - číslo		Hlavná diagnóza - číslo:	
Vedľajšie diagnózy:		Navrhol:	
Kúpeľná starostlivosť	ústavná <input type="checkbox"/>	ambulantná <input type="checkbox"/>	detská <input type="checkbox"/>
Stupeň naliehavosti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Overil:
Sprievodca pre pobyt	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	Dátum, pečiatka, podpis

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)			
Pacienti:	chodiaci <input type="checkbox"/>	mobilitní pomocou barlí <input type="checkbox"/>	na vozíku <input type="checkbox"/>
Výška:	cm	Hmotnosť:	kg
Tk:	/	P:	
Anamnéza a terajšie ochorenie:			
Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia: Dátum:		FW:	/
Rtg hrudníka:		Moč:	KO:
EKG:			
Iné:			
Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:			
Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:			

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)