Kód pojišťovny	IČP	Odborno	ost			Ev.č.	
	N	NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1 potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci					
Jméno a příjmení dítěte					Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)		tel.:					
Přesná adresa vč. PSČ							
Zaměstnavatel		tel.:					
Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti. Dne: Podpis rodiče (zák. zástupce):							
					STANOVISKO DEVIZNÍ	ÍUO I ÉKAĎE	
Diagnóza základní: vedlejší: Zdůvodnění pobytu v léčebně:				STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod):			
Navrhovaná léčebi	na:			Dne:	jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko pojišťovny	
1 Léčebna respiračníc	h nemocíCvikov, p.	.o., Ústavní529/II, 471 54 Cvikov	_	STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE			
2			_	(ÚP příslušné k dětské léčebně)			
Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod):							
Dne:					jmenovka a podpis	podpis a razítko	
	razítko ZZ, j	jmenovka a podpis navrhujícího lékaře	;	Dne:	revizního lékaře	pojišťovny	
LÉKAŘSKÁ ZPF	RÁVA						
A: DŮLEŽITÁ ANAMNE	ESTICKÁ DATA (RA,	, OA, očkování, alergie, dřívější poby	yt v léče	ebně)			
RA (i sourozenci):							
OA:							
Očkování:							
Alergie:	Alergie:						
Předchozí pobyt v 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:							

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost			Ev.č.		
	N. á		* 	zové oppopué i éði	FRNĚ 17 A		
	NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2 spádové pojišťovně k dokumentaci						
		Spauov	e pojistovne	e k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte				Číslo pojištěnce			
Rodič (zákonný zástupce)				tel.:			
Přesná adresa vò	5. PSČ						
Zaměstnavatel				tel.:			
		ě je pojištěncem výše uvedené ně pojišťovny do doby nástupu o					
Dne:	Dne: Podpis rodiče (zák. zástupce):						
Diagnóza zák	dadui.	vedlejší:		STANOVISKO REVIZNÍ	HO LÉKAŘE		
			(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu:				
Zdůvodnění pobytu v léčebně:			Upravuji - zamítám (důvod):				
Navrhovaná léčebr				jmenovka a podpis	podpis a razítko		
		, Ústavní529/II, 471 54 Cvikov	Dne:	revizního lékaře	pojišťovny		
2	·		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE (ÚP příslušné k dětské léčebně)				
			Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod):				
_			Zamiam	(davoa).			
Dne:	razítko ZZ, jm	enovka a podpis navrhujícího lékaře	Dne:	jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko pojišťovny		
	. 6. 7.4						
LÉKAŘSKÁ ZPR		NA - Ylessofot - Lenn's - JYC YYC - Lenter LC	(-LY)				
RA (i sourozenci):	STICKA DATA (KA, C	OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léč	ebne)				
OA:							
Očkování:							
Alergie:							
	éčebně (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 DOPORU	E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:						

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost			Ev.č.			
		NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3						
		vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci						
Jméno a příjmen	í dítěte			Číslo pojištěnce				
Rodič (zákonný zástupce)				tel.:				
Přesná adresa v	č. PSČ							
Zaměstnavatel			tel.:					
		e dítě je pojištěncem výše uvedené měně pojišťovny do doby nástupu d			vé.			
Dne:		Podpi	s rodiče (zák	. zástupce):				
Diagnóza zál	kladní:	vedlejší:		STANOVISKO REVIZNÍH	IO LÉKAŘE			
		voulojoi.	(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu:					
Zdůvodnění pobytu v léčebně:			Upravuji - zamítám (důvod):					
Navyelavaná lážala				jmenovka a podpis	podpis a razítko			
Navrhovaná léčeb 1 Léčebna respiračn		ikov, Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov	Dne:	revizního lékaře STANOVISKO REVIZNÍH	pojišťovny			
2			(ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod):					
Dage				, da voa).				
Dne:	razítko Z	Z, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře	Dne:	jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko pojišťovny			
LÉKAŘSKÁ ZPF								
		RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léč	(ahnă)					
RA (i sourozenci):	ESTICKA DATA (F	na, oa, ockovalii, aleigie, ulivejsi pobyt v lec	enile)					
OA:								
Očkování:								
Alergie:								
Předchozí pobyt v l	léčebně (kdy, ve l	které):						
B: NO:								
C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ	Z A FUNKČNÍ ST <i>A</i>	AV (event. odborná vložka nebo překladová z	oráva):					
D: LABORATORNÍ A E	VENT. DALŠÍ VYŠ	ŠETŘENÍ související s onemocněním, pro kte	ré je léčebna na	vrhována a nejsou uvedena v bodě C:				
E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:								

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost			Ev.č.		
	١.	NÁVDU NA UMÍCTĚNÍ DÍTÍ	řte v při	revé addadné i éár	PNĚ JUA		
		NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci					
		Havillaji		K dokumentaei			
Jméno a příjmen				Číslo pojištěnce			
Rodič (zákonný z	• '		tel.:				
Přesná adresa vo	ē. PSC						
Zaměstnavatel			tel.:				
		dítě je pojištěncem výše uvedené _l něně pojišťovny do doby nástupu d			vé.		
Dne:		Podpis	s rodiče (zák.	zástupce):			
Diagnóza zál	dadní:	vedlejší:		STANOVISKO REVIZNÍH	IO LÉKAŘE		
Zdůvodnění pobytu v léčebně:			(ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře) Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod):				
Navrhovaná léčeb		,	Dne:	jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko pojišťovny		
1 Léčebna respiračr	ních nemocí Cvik	ov,Ústavní 529/II, 471 54 Cvikov	STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE (ÚP příslušné k dětské léčebně) Schvaluji doprovod:				
2							
			Zamítám (
Dne:			_	jmenovka a podpis	podpis a razítko		
	razitko ZZ	, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře	Dne:	revizního lékaře	pojišťovny		
LÉKAŘSKÁ ZPF	RÁVA						
A: DŮLEŽITÁ ANAMNE	ESTICKÁ DATA (R.	A, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčo	ebně)				
RA (i sourozenci):							
OA:							
Očkování:							
Alergie:							
Předchozí pobyt v l	éčebně (kdy, ve k	eré):					
B: NO:							
C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ	Z A FUNKČNÍ STAV	V (event. odborná vložka nebo překladová zp	oráva):				
D. LADODATODAJÍ A S	LIENT DALŽÍVA,	TTĎINÍ a midalí / a mana V /		when the control of t			
η: LAROKATOKNI A E	VENT. DALSI VYS	ETŘENÍ související s onemocněním, pro ktel	re je iecebna nav	rriiovana a nejsou uvedena v bodě C:			
E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:							