

Návrh na kúpeľnú starostlivosť

Zdravotná poisťovňa poisťenca

Evidenčné číslo návrhu *)

3. diel - Pre kúpeľnú komisiu zdravotnej poisťovne

--	--	--	--

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

PACIENT	ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA	
Priezvisko a meno		
Rodné číslo	tel.:	tel.:
Adresa trvalého pobytu	PSČ:	PSČ:
Zamestnávateľ		

Identifikačná skupina - číslo Hlavná diagnóza - číslo: slovom:

Vedľajšie diagnózy: Navrhol:

Kúpeľná starostlivosť ústavná ambulatná detská Overil:

Stupeň naliehavosti 1 2

Sprievodca pre pobyt áno nie Dátum, pečiatka, podpis Dátum, pečiatka, podpis

STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Návrh: schválený Stupeň naliehavosti: 1 2 Sprievodca pre pobyt: áno nie

Určená kúpeľná liečebňa:

Návrh: zamietnutý

Zdôvodnenie:

Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

Pacienti: chodiaci mobilní pomocou barlí na vozíku

Výška: cm Hmotnosť: kg Tk: / P:

Anamnéza a terajšie ochorenie:

Laboratórne a dopĺňajúce vyšetrenia: Dátum: FW: / Moč: KO:

Rtg hrudníka:

EKG:

Iné:

Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:

Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:

*) Vyplní poisťovňa