

# 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"/>	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:			