**část B**

**Návrh na bonusový léčebný PoBYT v LÁZNÍCH**

**VYplní VŠEOBECNÝ praktický lékař pro dospělé**

**Jméno a příjmení pojištěnce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RoDNÉ Číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**indikace (zaŠkrtněte pouze jednu indikaci odpovídající diagnóze) :**

 **VI/1 VI/2 VI/3 VI/4 VI/5 VI/6**

**VII/1 VII/3 VII/6 VII/7 VII/8 VII/9 VII/10 VII/11 VII/12**

**Diagnóza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **DoporučenÉ MíSTO pro LÁZEňskou léčbu (zvolte POUZE 1 místo):**

1. **Lázně darkov, a. s.**
2. **Nem. na Bulovce – Slatinné lázně toušeň**

**K žádosti pojištěnce doložte následující doklady:**

* důležitá anamnestická data, souhrn vedlejších nemocí pojištěnce a pravidelná medikace,
* nynější onemocnění, tj. součastné potíže pacienta, pro které je lázeňská léčba navrhována, včetně nynější terapie,
* EKG vyšetření,
* obj. nález a funkční stav,
* laboratorní a další potřebná vyšetření,
* požadovaná vyšetření/zprávy dle upraveného bonusového indikačnímu seznamu pro danou indikaci,
* u pacientů starších 70 let a polymorbidních pacientů je potřeba rovněž doložení jednoznačného stanoviska internisty či geriatra ke schopnosti absolvovat lázeňskou léčebně rehabilitační péči,
* jednoznačné stanovisko klinického onkologa, radiačního onkologa, onkogynekologa nebo onkochirurga ke schopnosti pojištěnce absolvovat lázeňskou léčebně rehabilitační péči, pokud se jedná o onkologicky nemocného,
* diagnostický závěr vč. vedlejší diagnózy.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis praktického lékaře