**část B**

**Návrh na bonusový léčebný PoBYT v LÁZNÍCH od 60 let**

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

**Výběr lázní (POSKYTOVATEL LÁZEŇSKÉ REHABILITAČNÍ PÉČE) zaměŘených pro výše uvedené indikace je dle vlastního výběru pojištěnce**

**K žádosti pojištěnce doložte následující doklady:**

* požadovaná vyšetření/zprávy dle upraveného bonusového indikačnímu seznamu pro danou indikaci.

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

razítko a podpis praktického lékaře