

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI

Číslo pojištěnce

Příjmení

Jméno

Datum narození

psoriáza (MKN L40) všech forem

atopický ekzém, který je soustavně léčen minimálně po dobu 5 let (MKN L20)

dermorespirační syndrom, tj. atopický ekzém (MKN L20) v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích (MKN J40-J44) v dispenzarizaci pneumologické ambulance

bronchiální astma (MKN J45) a jeho podskupiny léčené inhalačními kortikosteroidy

alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané (MKN J30)

opakované katary dýchacích cest (MKN J399); podmínka pro přiznání finančního příspěvku platí pro děti, u kterých se opakují min. 6x za rok katary dýchacích cest a byly léčeny 3 a více krát za rok antibiotiky. Potvrzeno záznamem ve zdravotnické dokumentaci

Bližší specifikace žádosti

Razítko a podpis lékaře

Datum