**ČÁST B**

**INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU POJIŠTĚNCE
(vyplní ošetřující lékař)**

**úDAJE O pojištěnci:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravotní indikace k lázeňskému pobytu (zaškrtněte variantu):**

diabetes mellitus 1. typu (diagnóza dle MKN E10) a současně s BMI nad 30

diabetes mellitus 2. typu (diagnóza dle MKN E11) a současně s BMI nad 30

esenciální (primární) hypertenze (diagnóza dle MKN I10) a současně s BMI nad 30

**Anamnéza, objektivní nález**, **dosavadní terapie** (podrobnější popis uveďte na zadní stranu tiskopisu, popř. přiložte další odborné zprávy):

**Nejsou mi známy obecné kontraindikace k absolvování lázeňského pobytu pojištěnce v délce trvání 10 dnů.**

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

 razítko a podpis ošetřujícího lékaře