

NÁVRH NA BONUSOVÝ LÉČEBNÝ 14 DENNÍ POBYT V LÁZNÍCH

2019

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. současné 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 indikačního 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