

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 1			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP
potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci			

VYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:
	Bydliště (adresa) vč. PSČ	
	Zaměstnavatel	tel.:
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,* byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.	
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce:	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.	
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
		směrodatná odchylka	
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):	Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uvěďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE	
Zdůvodnění návrhu:	Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/>
Doporučená ozdravovna:	
1 _____	
2 _____	
Doporučená délka pobytu:	
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji ozdravovnu:	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny
	podpis a razítko zdravotní pojišťovny

***) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změni svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady nehradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravovenského režimu jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravovenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 2 spádové pojišťovně k dokumentaci			Čís. návrhu
			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP

VYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:
	Bydliště (adresa) vč. PSČ	
	Zaměstnavatel	tel.:
Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,* byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce:	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.	
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
			směrodatná odchylka
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):	Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uvěďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE	
Typ ozd. prog.	<input type="checkbox"/>
Zdůvodnění návrhu:	
Doporučená ozdravovna:	
1	_____
2	_____
Doporučená délka pobytu:	
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji ozdravovnu:	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny
	podpis a razítko zdravotní pojišťovny

*) UPOZORNĚNÍ:
VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změni svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravenské péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP

VYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:
	Bydliště (adresa) vč. PSČ	
	Zaměstnavatel	tel.:
Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,* byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce:	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.	
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
			směrodatná odchylka
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):	Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uvěďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE	
Typ ozd. prog.	<input type="checkbox"/>
Zdůvodnění návrhu:	
Doporučená ozdravovna:	
1	_____
2	_____
Doporučená délka pobytu:	
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji ozdravovnu:	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny
	podpis a razítko zdravotní pojišťovny

*) UPOZORNĚNÍ:
VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravenského režimu jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP

VYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:
	Bydliště (adresa) vč. PSČ	
	Zaměstnavatel	tel.:
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,*) byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně. Dne: Podpis rodiče (zák. zástupce):	

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:	
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):	
	Očkování proti:	TE v roce
	Reakce:	
	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.	
	Váha	směrodatná odchylka
	Výška	směrodatná odchylka
Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případné laboratorní vyšetření:
Ostatní somatický nález (uvěďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):		

STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE	
Zdůvodnění návrhu:	Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/>
Doporučená ozdravovna:	
1 _____	
2 _____	
Doporučená délka pobytu:	
Dne:	razítko, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Schvaluji ozdravovnu:	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny
	podpis a razítko zdravotní pojišťovny

***) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravenského režimu jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).