

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

<b>VYPLNÍ ŽADATEL</b>	<b>Příjmení a jméno dítěte</b>	<b>Číslo pojištěnce</b>
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	<b>Rodiče</b> (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):

<b>VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ</b>	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční - uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):		
	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 (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

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

<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>	
<b>Schvaluji ozdravovnu:</b>	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	
jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko ÚP VZP ČR

\*) 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 nehradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravovenské péče 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
<b>NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 2</b> spádové pojišťovně k dokumentaci			Čís. návrhu
			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP VZP

<b>VYPLNÍ ŽADATEL</b>	<b>Příjmení a jméno dítěte</b>	<b>Číslo pojištěnce</b>
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	<b>Rodiče (zákonný zástupce)</b>	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): _____

<b>VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ</b>	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční - uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):		
	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 (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

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

<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>	
<b>Schvaluji ozdravovnu:</b>	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne: _____	
jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko ÚP VZP ČR

\*) UPOZORNĚNÍ:  
VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změnil 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
<b>NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 3</b> vysílající pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci			Čís. návrhu
			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP VZP

<b>VYPLNÍ ŽADATEL</b>	<b>Příjmení a jméno dítěte</b>	<b>Číslo pojištěnce</b>
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	<b>Rodiče (zákonný zástupce)</b>	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):

<b>VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ</b>	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční - uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):		
	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 (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			

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

<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>	
<b>Schvaluji ozdravovnu:</b>	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	
jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko ÚP VZP ČR

**\*) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změnil 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
<b>NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 4</b> navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílajícího ÚP VZP

<b>VYPLNÍ ŽADATEL</b>	<b>Příjmení a jméno dítěte</b>	<b>Číslo pojištěnce</b>
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):	
	<b>Rodiče (zákonný zástupce)</b>	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):	

<b>VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ</b>	Nemoci a úmrtí v rodině:	
	Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční - uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):	
	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 (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):		

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

<b>STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE</b>	
<b>Schvaluji ozdravovnu:</b>	
Upravuji - Zamítám (důvod):	
Dne:	
jmenovka a podpis revizního lékaře	podpis a razítko ÚP VZP ČR

\*) UPOZORNĚNÍ:  
VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změnil 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 ozdravovenské péče 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).