VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Návrh na ústavnú zdravotnú starostlivosť v liečebni

(vyplní indikujúci lekár, **platnosť max. 60 dní** od vyplnenia návrhu)

Názov liečebne: .....

Poistenec
Priezvisko a meno: .....
Rodné číslo: .....
Adresa trvalého pobytu: .....

Zákonný zástupca poistenca
Priezvisko a meno: .....
Adresa trvalého pobytu: .....

Hlavná diagnóza (kód podľa MKCH): .....Slovom:.....

Vedľajšie diagnózy (kód podľa MKCH):.....Slovom:.....

Medikamentózna liečba súvisiaca s navrhovanou ústavnou zdravotnou starostlivosťou:

.....
.....
.....

Anamnéza a terajšie ochorenie (vrátane **podrobného rozpisu predchorobia; liečby alebo sledovania v špecializovaných ambulanciách** v súvislosti s navrhovanou liečebnou starostlivosťou):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Objektívny nález so zhodnotením klinického stavu (presný **popis somatického stavu**; **patologické odchýlky** v súvislosti s navrhovanou liečebnou starostlivosťou):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dátum, pečiatka a podpis indikujúceho lekára

Stanovisko komisie – revízneho lekára Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Návrh schválený: áno nie

Dôvod neschválenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Dátum, pečiatka a podpis revízneho lekára Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.