

Návrh na umiestnenie dieťaťa v DO Železnô

Zdravotná poisťovňa poistenca

Evidenčné číslo návrhu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA																																								
Priezvisko a meno																																										
Rodné číslo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Tel.:																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Tel.:																				
Adresa trvalého pobytu																																										
	PSČ :	PSČ:																																								
ZŠ:	trieda:	Zamestnávateľ:																																								

Identifikačná skupina – číslo

--	--	--

 Hlavná diagnóza – číslo

--	--	--	--

 Slovom

Vedľajšie diagnózy

Navrhol (meno)

Kód lekára:

Stupeň naliehavosti 1 2

Sprievodca pre pobyt áno nie

Dátum, pečiatka, podpis

NIE JE POTREBNÉ STANOVISKO REVÍZNEHO LEKÁRA

u zdravotných poisťovní Dôvera, zdravotná poisťovňa, a.s. a Union, zdravotná poisťovňa, a.s.
Návrh na umiestnenie dieťaťa sa posiela priamo do Detskej ozdravovne Železnô na adresu:
Detská ozdravovňa Železnô
032 15 Partizánska Ľupča.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. má samostatné tlačivo, ktoré vyplnené sa posiela tiež na adresu DO Železnô, a DO Železnô ho posiela na schválenie revíznemu lekárovi na Generálne riaditeľstvo VŠZP, a.s.

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť prepúšťacou správou lôžkového zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

Výška : cm Hmotnosť: kg TK: / P:

Anamnéza a terajšie ochorenie:

Alergia na lieky a potraviny:

Prekonané infekčné ochorenia:

Trvale užívané lieky + dávkovanie:

Rodinná anamnéza:

Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:

Zdôvodnenie sprievodcu pre pobyt:

Podpis poistenca (zákonného zástupcu)