

NÁVRH NA KÚPEĽNÚ STAROSTLIVOSŤ / LIEČBU

pozn.: KÚPEĽNÁ LIEČBA = skrátené KL

Zdravotná poisťovňa poisenca

1. diel - predvolanie poisenca do kúpeľov

Evidenčné číslo návrhu

PACIENT

Priezvisko a meno

Rodné číslo

tel:

tel:

Adresa trvalého pobytu

dôležitá je KORESPONDENČNÁ
ADRESA - ak sa líši od adresy TB

PSČ:

RČ sprievodcu je NUTNÝ ÚDAJ v prípade, že počas KL plánujete byť sprievodcom svojmu dieťaťu

PSČ:

Zamestnávateľ / Škola

stačí poznámka ZŠ alebo SS

sprievodcom NEMUSÍ BYŤ RODIČ
sprievodcovia sa počas KL môžu vystriedať

potrebný údaj,
môžete doplniť
o E-mailovú adresu

Identifikačná skupina - číslo:

Hlavná diagnóza - číslo:

slovom:

Vedľajšie diagnózy:

Vid' dokument
"Indikačná skupina"

Navrhol:

Vid' dokument
"Indikačná skupina"

Kúpeľná starostlivosť:

ústavná ambulantná detská

Overil:

Stupeň naliehavosti:

1 2

Sprievodca pre pobyt:

áno nie

NUTNÉ ÚDAJE:

- dátum vypísania návrhu z hľadiska počítania platnosti návrhu
- čitateľná pečiatka z hľadiska fakturácie

Dátum, pečiatka, podpis

Dátum, pečiatka, podpis

STANOVISKO KÚPEĽNEJ KOMISIE - REVÍZNEHO LEKÁRA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Návrh: schválený

Stupeň naliehavosti: 1 2

Sprievodca pre pobyt: áno nie

Určená kúpeľná liečebňa:

zaškrtnite, ak rodič/iná osoba plánuje byť vzhľadom k veku alebo zdravotnému stavu dieťaťa počas KL jeho sprievodcom - ošetrovateľom

zaškrtnite, ak si dieťa vzhľadom k veku alebo zdravotnému stavu počas KL nevyžaduje sprievodcu - ošetrovateľa

NUTNÉ ÚDAJE:

- dátum vypísania návrhu z hľadiska počítania platnosti návrhu
- čitateľná pečiatka z hľadiska fakturácie

Návrh: zamietnutý

Zdôvodnenie:

Dátum, pečiatka, podpis revízneho lekára

POTVRDENIE KÚPEĽNEJ LIEČEBNE

Adresa kúpeľného zariadenia:

IČO:

Nástup dňa:

Pečiatka, podpis zástupcu kúpeľného zariadenia