

Návrh na léčebně ozdravný pobyt ZP MV ČR v roce 2012

VYPLŇUJE RODIČ NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení dítěte:

RČ dítěte:

Onemocnění a popis obtíží:.....

Pravidelně užívané léky (vč. dávkování):.....

Sezónně užívané léky (vč. dávkování - příp. léky dle potřeby):

Má dítě alergii na některé léky? (název léku, projevy)

Má dítě alergii na jiné látky? (název látky, projevy)

Ostatní nemoci, operace nebo úrazy dítěte (Uveďte jaké, léčbu, event. následky.)

Bylo v posledním roce dítě hospitalizováno v nemocnici? **NE - ANO** (kdy, důvod)

Další doplnění ke zdravotnímu stavu (event. formou přílohy):

Musí dítě dodržovat dietní režim? (Jakou dietu, důvod.)

Vrozená vada u dítěte: **ne - ano** (Jaká? V případě operace uveďte rok.)

Dětské infekční nemoci dítěte

Poslední přeočkování proti tetanu:

Je dítě očkováno v souladu s očkovacím kalendářem? **ANO - NE** (jaká očkování chybí)

Používá dítě nějaké protetické pomůcky? (Uveďte jaké a proč.)

Léčí se nebo léčilo se dítě pro chronické onemocnění vyžadující zvláštní individuální přístup a lékařský dohled **ANO – NE,**

Dítě nepotřebuje soustavnou lékařskou, popř. ústavní péči a neléčí se s následujícími onemocněními:

1. mentální retardace
2. psychiatrická onemocnění
3. vrozené vady omezující pobyt v dětském kolektivu
4. bronchiektázie a TBC
5. akutní exacerbace kožních onemocnění
6. fotosenzibilita
7. noční pomočování
8. nepřizpůsobivost v kolektivu

Doporučená omezení ve sportovní či pohybové činnosti (uveďte jaká a z jakého důvodu):

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré výše uvedené informace jsou úplné, pravdivé a nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by vylučovaly účast dítěte na léčebně-ozdravném pobytu

Dne: Podpis rodiče nebo zákonného zástupce dítěte:

VYPLŇUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré výše uvedené informace jsou úplné, pravdivé a doporučuji účast dítěte na léčebně-ozdravném pobytu ZP MV ČR

Dne: Razítko a podpis zdravotnického zařízení:

DÍTĚ

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

.....PSC

pojištěncem ZP MV ČR od:

Místo pro nalepení fotokopie průkazu ZP MV ČR

MATKA

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

.....PSC

pojištěncem ZP MV ČR od:

telefon:.....

e-mail:.....

Místo pro nalepení fotokopie průkazu ZP MV ČR

OTEC

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

.....PSC

pojištěncem ZP MV ČR od:

telefon:.....

e-mail:.....

Místo pro nalepení fotokopie průkazu ZP MV ČR

V případě samoživitelů není nutno vypisovat údaje druhého rodiče.

.....

VYPLŇUJE REVIZNÍ LÉKAŘ ZP MV ČR

Souhlasím s návrhem a doporučuji zařazení dítěte na léčebně ozdravný pobyt v roce 2012:

VYSOKOHORSKÝ

(ročníky 2007,2008 – s doprovodem 1 rodiče)

(ročníky: 1998 – 2006)

PŘÍMOŘSKÝ

(ročníky: 1998 – 2005)

dne: razítko a podpis revizního lékaře: