|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***IČP*** |  | | | ***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 1*** | ***Ev. č.*** |  | |
| *Odbornost* | |  | *předvolání pacientovi* | | *Čís. vysílající*  *OP ZP* | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Pacient*** | | ***Zák. zástupce*** | |
| ***Příjmení, jméno, titul*** |  | |  | |
| ***Číslo pojištěnce*** |  |  |  |  |
| ***Zaměstnavatel - Škola (třída)*** |  | |  | |
| ***Bydliště (adresa) vč. PSČ*** | , ***tel.:*** | | ***tel.:*** | |

# LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

***STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP***

*Schvaluji:*

* *komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti I. II. D*
* *příspěvkovou lázeňskou péči*
* *průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče* ***Muž - Žena***
* *lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:*

*1*

*2*

*3*

*Upravuji - Zamítám (důvod):*

*Dne:*

*razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis OP ZP*

*Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):*

***Indikace: Dg.***

*Komplexní příspěvková lázeňská péče*

*I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče*

*Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:*

muž

žena

*1 LÁZNĚ LIBVERDA*

***2***

*Dne:*

*razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře*

*razítko a podpis*

*Dne:*

***POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ***

*LL 1.030609*

***Termín nástupu: razítko a podpis***

*z d e o d s t ř i h n ě t e*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Pacient*** | | ***Zák. zástupce*** | |
| ***Příjmení, jméno, titul*** |  | |  | |
| ***Číslo pojištěnce*** |  |  |  |  |
| ***Zaměstnavatel - Škola (třída)*** |  | |  | |
| ***Bydliště (adresa) vč. PSČ*** | , ***tel.:*** | | ***tel.:*** | |

# LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

***STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP***

*Schvaluji:*

* *komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti I. II. D*
* *příspěvkovou lázeňskou péči*
* *průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče* ***Muž - Žena***
* *lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:*

*1*

*2*

*3*

*Upravuji - Zamítám (důvod):*

*Dne:*

*razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis OP ZP*

***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 2***

*potvrzená objednávka lázním*

*Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):*

***Indikace:***

*Komplexní příspěvková lázeňská péče*

*I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče*

*Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:*

*1 LÁZNĚ LIBVERDA*

***2***

***Dg.***

*Dne:*

*razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře*

*razítko a podpis*

*Dne:*

***POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ***

*Čís. vysílající OP ZP*

*Odbornost*

***Ev. č.***

***IČP***

*LL 1.030609*

***Termín nástupu: razítko a podpis***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***IČP*** |  | | | ***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 3*** | ***Ev. č.*** |  | |
| *Odbornost* | |  | *lázeňskému ošetř. lékaři k dokumentaci* | | *Čís. vysílající*  *OP ZP* | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Pacient*** | | ***Zák. zástupce*** | |
| ***Příjmení, jméno, titul*** |  | |  | |
| ***Číslo pojištěnce*** |  |  |  |  |
| ***Zaměstnavatel - Škola (třída)*** |  | |  | |
| ***Bydliště (adresa) vč. PSČ*** | , ***tel.:*** | | ***tel.:*** | |

# LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

***STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP***

*Schvaluji:*

* *komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti I. II. D*
* *příspěvkovou lázeňskou péči*
* *průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče* ***Muž - Žena***
* *lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:*

*1*

*2*

*3*

*Upravuji - Zamítám (důvod):*

*Dne:*

*razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis OP ZP*

*Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):*

***Indikace:***

*Komplexní příspěvková lázeňská péče*

*I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče*

*Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:*

*1 LÁZNĚ LIBVERDA*

***2***

***Dg.***

*Dne:*

*razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře*

*razítko a podpis*

*Dne:*

***POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ***

*LL 1.030609*

***Termín nástupu: razítko a podpis***

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně) E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

B: NO F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku) G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***IČP*** |  | | | ***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 4*** | ***Ev. č.*** |  | |
| *Odbornost* | |  | *pojišťovně a reviznímu lékaři k dokumentaci* | | *Čís. vysílající*  *OP ZP* | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Pacient*** | | ***Zák. zástupce*** | |
| ***Příjmení, jméno, titul*** |  | |  | |
| ***Číslo pojištěnce*** |  |  |  |  |
| ***Zaměstnavatel - Škola (třída)*** |  | |  | |
| ***Bydliště (adresa) vč. PSČ*** | , ***tel.:*** | | ***tel.:*** | |

# LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

***STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP***

*Schvaluji:*

* *komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti I. II. D*
* *příspěvkovou lázeňskou péči*
* *průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče* ***Muž - Žena***
* *lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:*

*1*

*2*

*3*

*Upravuji - Zamítám (důvod):*

*Dne:*

*razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis OP ZP*

*Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):*

***Indikace:***

*Komplexní příspěvková lázeňská péče*

*I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče*

*Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:*

*1 LÁZNĚ LIBVERDA*

***2***

***Dg.***

*Dne:*

*razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře*

*razítko a podpis*

*Dne:*

***POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ***

*LL 1.030609*

***Termín nástupu: razítko a podpis***

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně) E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

B: NO F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku) G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***IČP*** |  | | | ***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 5*** | ***Ev. č.*** |  | |
| *Odbornost* | |  | *navrhujícímu lékaři k dokumentaci* | | *Čís. vysílající*  *OP ZP* | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Pacient*** | | ***Zák. zástupce*** | |
| ***Příjmení, jméno, titul*** |  | |  | |
| ***Číslo pojištěnce*** |  |  |  |  |
| ***Zaměstnavatel - Škola (třída)*** |  | |  | |
| ***Bydliště (adresa) vč. PSČ*** | , ***tel.:*** | | ***tel.:*** | |

# LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

***STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP***

*Schvaluji:*

* *komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti I. II. D*
* *příspěvkovou lázeňskou péči*
* *průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče* ***Muž - Žena***
* *lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování:*

*1*

*2*

*3*

*Upravuji - Zamítám (důvod):*

*Dne:*

*razítko a podpis revizního lékaře razítko a podpis OP ZP*

*Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy):*

***Indikace:***

*Komplexní příspěvková lázeňská péče*

*I. II. D pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče*

*Doporučené místo pro lázeňskou léčbu:*

*1 LÁZNĚ LIBVERDA*

***2***

***Dg.***

*Dne:*

*razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře*

*razítko a podpis*

*Dne:*

***POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ***

*LL 1.030609*

***Termín nástupu: razítko a podpis***

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(lze nahradit propouštěcí zprávou lůžkového zařízení, obsahuje-li požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně) E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

B: NO F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LÁZ. LÉČBU

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku) G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

***NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI - díl 6***

*poučení pacienta*

***JAK SE ZP DO LÁZNÍ***

1. *Našim klientům vystavuje návrh na lázeňskou péči ošetřující lékař, který má se ZP smlouvu, a to bez přímé úhrady od pacienta.*
2. *Při vyslání na lázeňskou péči jim OP ZP ČR dle místa trvalého bydliště uhradí u komplexní lázeňské péče náklady spojené se stravováním, ubytováním a léčbou. U příspěvkové lázeňské péče pouze náklady léčebné, způsob přímé úhrady jim sdělí léčebna sama. Všechny zmíněné náklady hradí ZP ve standardní výši, dané smlouvou s lázeňským zařízením. Jakékoliv další jimi požadované služby (nad rámec smlouvy) si hradí klienti podle vlastního výběru sami. Na požádání je OP ZP či lázeňské zařízení seznámí s rozsahem služeb, které jsou považovány za standardní. Klient kterému je vyplněn návrh, obdrží toto poučení od lékaře ještě v ordinaci a jeho převzetí stvrdí podpisem na tiskopise návrhu. Poté pacientovi vybranému pro komplexní lázeňskou péči přijde předvolánka k léčbě do místa trvalého bydliště, a to přímo z léčebny. Pacient vybraný pro příspěvkovou lázeňskou péči obdrží návrhový tiskopis způsobem, který je určen ředitelem okresní pojišťovny. Tato pojišťovna pacientovi poradí, jak si vybrat lázeňské místo a termín nástupu. Při obou typech léčby, tj. komplexní lázeňské péči i příspěvkové lázeňské péči se pacient při nástupu hlásí v léčebně s předvoláním, které obdrží od lázeňského zařízení.*
3. *Celý systém poskytování lázeňské péče je předvolánkový. To znamená, že smluvní lázeňské zařízení pacienta nejpozději 5 pracovních dnů před nástupem k pobytu předvolá. Současně mu sdělí všechny další informace, které jsou pro klientův nástup a pobyt nezbytně nutné (např. možné způsoby dopravy a spojení, kde a jak se bude v lázních hlásit, co je třeba si vzít s sebou atp.)*
4. *Termín předvolání je pro klienta závazný. Zabrání-li mu v nástupu do lázní úmrtí v rodině, ošetřování člena rodiny nebo onemocnění, které vedlo buď k přijetí do nemocnice, či je neslučitelné s absolvováním lázeňské léčby je klient povinen ihned o tom uvědomit okresní pojišťovnu, která schválila jeho lázeňskou léčbu. V těchto případech doloží klient potvrzení příslušného lékaře pracovnici pro lázeňství okresní pojišťovny, která mu sdělí další postup. Pojišťovna toleruje opožděný nástup o 1 den z důvodu dopravních, a to i nedoložených. Všechny dosud uvedené důvody ke změně termínu jsou však klienti povinni projednat s lázeňským zařízením, které je předvolává. Všechny ostatní případy nedodržení termínu nástupu budou považovány za svévolné porušení léčebného režimu. Škody, které tím vzniknou OP ZP budou klienti povinni uhradit v plné výši. V průběhu lázeňské léčby jsou klienti povinni dodržovat léčebný režim, který jim stanovil lázeňský lékař, a respektovat ustanovení domácího řádu příslušné lázeňské léčebny. Nedodržení léčebného režimu a domácího řádu léčebny je považováno za svévolné porušení základních povinností klienta a může být důvodem k jeho předčasnému propuštění z lázeňské léčebny z disciplinárních důvodů. V takovém případě je klient povinen uhradit zdravotní pojišťovně veškeré náklady za škodu způsobenou znehodnocením plánovaného léčebného pobytu.*
5. *U komplexní lázeňské péče, která je pokračováním klientova léčení, je léčebný proces veden lázeňským lékařem a jakékoliv změny musí být prováděny s jeho souhlasem. V mimořádných případech může tento lékař udělit i propustku, pokud nedojde k narušení léčby. Z těchto důvodů nečerpané služby však léčebna neúčtuje OP ZP. Každý klient může v odůvodněných případech čerpat prodloužení pobytu, a to v případě interkurentního onemocnění o 2 dny a z fyziologických důvodů u žen o 3 dny.*
6. *Každý navrhující lékař je povinen vybavit pacienta léky, které permanentně užívá na celou délku léčebného pobytu. Dětští pacienti jsou povinni přijet vybaveni očkovacím průkazem.*
7. *Systém zakládání pracovní neschopnosti se od dosavadního způsobu nezměnil. Znamená to, že ji pouze u komplexní lázeňské péče vystavuje ošetřující lékař lázeňské léčebny.*
8. *Ukončení léčby v lázních je dáno délkou léčebného pobytu, která je určena v Indikačním seznamu lázeňské péče. S délkou pobytu seznámí klienta jeho ošetřující lékař. Při ukončení pobytu potvrdí klient podpisem pravdivost lázeňského účtu.*
9. *Vzniknou-li při poskytování lázeňské péče jakékoliv problémy, řeší je buď: kompetentní pracovníci lázeňského zařízení nebo kompetentní pracovníci příslušné okresní ZP*
10. *ZP hradí náklady na lázeňskou péči pouze svým pojištěncům. V případě, že klient (průvodce) před nástupem na lázeňskou péči nebo až v průběhu léčby změní svůj pojistný vztah a přihlásí se jako pojištěnec k jiné zdravotní pojišťovně, zařídí si u této pojišťovny úhradu lázeňské péče za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem.*

*Při lázeňském léčení Vám přejeme pohodu, odpočinek a především zlepšení Vašeho zdravotního stavu.*

*Pracovníci lázeňství ZP ČR*