



Přihláška k léčebně-ozdravnému pobytu VZP ČR M O Ř S K Ý K O N Í K 2 0 1 7

VYPLNÍ ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI DÍTĚTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO NA STROJI

I. OSOBNÍ ÚDAJE

Příjmení a jméno dítěte: Národnost/st. příslušnost:

Číslo pojistěnce (rodné číslo dítěte bez lomítka): Datum narození:

Bydliště (= adresa pro korespondenci: PSČ, město, ulice, č. popisné/č. evidenční + event. označení poštovní schránky):

Ulice a číslo domu:

Město/Obec: PSČ:

Jméno, příjmení matky:

Rodné číslo matky: Mobilní telefon matky:

E-mail matky: Bankovní spojení:

Jméno, příjmení otce:

Rodné číslo otce: Mobilní telefon otce:

E-mail otce:

Zájem o zařazení dítěte do stejného letu s tímto dítětem – VZP ČR vyhoví podle provozních možností!
Do stejného letu je možno zařadit JEN sourozence a děti ze stejné lokality bydliště. Jiné vazby nejsou akceptovány.

Příjmení a jméno: Číslo poj.:

Příjmení a jméno: Číslo poj.:

II. PŘEHLED TURNUSŮ A VÝŠE PŘÍSPĚVKU ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Turnus	Odlet z ČR	Návrat do ČR	Výše finanční spoluúčasti zákonného zástupce
1	5. 6. 2017	26. 6. 2017	9 000,- Kč
2	26. 6. 2017	17. 7. 2017	13 500,- Kč
3	17. 7. 2017	7. 8. 2017	13 000,- Kč
4	7. 8. 2017	28. 8. 2017	13 000,- Kč
5	28. 8. 2017	18. 9. 2017	6 200,- Kč

Svým podpisem stvrzujeme, že veškeré výše uvedené informace jsou úplné, pravdivé a nezamčeli jsme žádné skutečnosti, které by vylučovaly účast dítěte na léčebně-ozdravném pobytu podle podmínek stanovených VZP ČR pro projekt Mořský koník 2017.

V

Dne: Podpis zákonného zástupce dítěte:

VYPLNÍ LÉKAŘ, U KTERÉHO SE DÍTĚ LÉČÍ

(praktický lékař pro děti a dorost nebo lékař specialista)

V případě odesání elektronické přihlášky již nevyplňujte.

Lékař doporučí vhodný termín pro účast dítěte na léčebně-ozdravném pobytu s ohledem na zdravotní stav dítěte – prosíme o uvedení pouze **1 turnusu**.

Doporučený termín vhodného turnusu pro dítě vyznačte křížkem.

Poseidon Beach,
Řecká republika

1. turnus

2. turnus

3. turnus

4. turnus

5. turnus

POZNÁMKA: Pokud bude kapacita zvoleného turnusu již naplněna, dítě bude zařazeno do VOLNÉHO turnusu.
Budou-li zákonní zástupci dítěte trvat na zařazení do již naplněného turnusu, bude do něj dítě zařazeno jako NÁHRADNÍK.

III. INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Poslední přeočkování proti tetanu:

Výška (cm):..... Váha (kg):

Je dítě očkováno v souladu s očkovacím kalendářem? ANO – NE Jaká očkování chybí?

důvod:

Závažná, příp. dědičná onemocnění v rodině (uveďte jaká a u koho z rodiny)

Onemocnění sourozenců (uveďte případné zdravotní obtíže)

Proběhl porod dítěte bez komplikací? (v případě komplikací uveďte jaké)

Probíhá vývoj dítěte bez komplikací? (v případě komplikací uveďte jaké)

Vrozená vada u dítěte: NE – ANO (jaká? v případě operace uveďte rok)

Prodělané dětské infekční nemoci

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

Používá dítě protetické pomůcky? (uveďte jaké a proč)

Musí dítě dodržovat dietní režim? (uveďte jakou dietu, důvod)

Léčí se nebo léčilo se dítě pro některé z uvedených onemocnění?

(zaškrtněte ANO nebo NE)

- pomočování (enuresis) denní nebo/a noční ANO – NE
- poruchy zažívání a trávení s dodržováním dietního režimu (bezlepková dieta nebo alergie na některé potraviny) ANO – NE
- epilepsie nebo jiné záchvatové onemocnění ANO – NE
- cukrovka nebo jiné onemocnění vyžadující pravidelné laboratorní sledování a podávání léků ANO – NE
- chronická onemocnění vyžadující zvláštní individuální přístup a lékařský dohled ANO – NE
- psychické poruchy a mentální retardace vyžadující stálý dohled dospělé osoby ANO – NE
- závažné poruchy chování, včetně projevů rizikového chování, pro které je dítě v péči lékaře specialisty nebo psychologa ANO – NE

(V hraničních případech je nezbytné písemné stanovisko ošetřujícího lékaře, který má pacienta v péči, se závěrem, že je u dítěte i přes uvedenou kontraindikaci pobyt možný.)

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

Popis obtíží, pro které je dítě přihlašováno k pobytu

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)

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

Charakteristika povahy dítěte a jeho zájmů

Další doplnění ke zdravotnímu stavu (event. formou přílohy)

DIAGNOSTICKÝ SOUHRN

(nemoci, pro které se dítě léčí – kód MKN + slovy):

Diagnóza 1 – Nemoci kůže a podkožního vaziva (L40, L20, J40–J44):

Diagnóza 2 – Nemoci dýchacích cest (J45, J448, J30, J32, J399):

Diagnóza 3 – Ostatní nevyjmenované:

(zde je možno uvést diagnózy s jinými respiračními, dermatologickými, alergologickými a ORL indikacemi)

Současný funkční stav dítěte:

Biopsychosociální vývoj dítěte:

Zvláštní požadavky:

Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat třídydenní léčebně-ozdravný pobyt MK 2017 podle podmínek stanovených VZP ČR a není mi známo, že by se dítě léčilo pro některou stanovenou kontraindikaci pobytu či pro některou obecnou kontraindikaci uvedenou v Indikačním seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

IČZ lékaře:

Datum: **Razítko a podpis lékaře:**

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE RP VZP ČR

POTVRZUJI pobyt dítěte na léčebně-ozdravném pobytu.

NEPOTVRZUJI pobyt dítěte na léčebně-ozdravném pobytu z těchto důvodů:

Datum: **Razítko a podpis lékaře:**