

Tiskopisy - smluvní zdravotnická zařízení

(k metodice pro pořizování a předávání dokladů)

Doplněk č. 14 vzoru tiskopisů

Text na základě výsledků projednání se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha, prosinec 2023
(účinnost změn od 1. 2. 2024)

Obsah

Tiskopis 83.....	3
Tiskopis 03.....	4
Tiskopis 06 dp.....	5
Tiskopis 06 ft verze A4.....	6
Tiskopis 06 ft verze A5.....	7
Tiskopis 06 orp.....	8
Tiskopis 06 z.....	9
Tiskopis 17.....	10
Tiskopis 18.....	14
Tiskopis 19.....	18
Tiskopis 31.....	22
Tiskopis 85.....	23

Předchozí verze tiskopisů lze, pokud jejich obsah není v rozporu s obecně závazným právním předpisem, používat až do vyčerpání zásob.

Tiskopis 83

PROTOKOL O PŘEDÁNÍ PACIENTA													
Vážená kolegyně, kolego, předávám vám do péče pacienta:													
Příjmení:	Jméno:	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></tr></table>										
Zdravotní pojišťovna:													
Dosavadní trvalý pobyt: tel.:													
Matka:	tel. zam.:	Otec:	tel. zam.:										
Sourozenci:													
RA – závažné údaje:													
SA:													
OA – závažná onemocnění:													
Těhotenství:	Porod:	PH	g. PD										
cm													
Apgar:													
Poporodní komplikace:													
Vyšetření kyčlí:													
alergie:													
závažné úrazy:													
operace:													
dispensarizace:													
v péči odbor. lékařů: a dg.:													
hospitalizace:													
Očkování: <u>uvést výčet všech očkování pokud není seznam dostupný v ISIN (eOčkování):</u>													
TBC:													
DTP:													
POLIO:													
TRIVIVAC:													
TETANUS:													
JINÉ:													
ZPS příznána:													
Pobírá soc. příspěv., inv. důchod:													
Kolektivní zařízení (jesle, MŠ, ZŠ, stř. škola, SOU, VŠ):													
Zaměstnání:													
NEMOCNOST za poslední rok:													
ATB za poslední rok:													
Poslední komplexní vyšetření dne:													
váha:													
výška:													
Patologické nálezy:													
Doporučení:													
Závěr:													
<u>Vystavené posudky:</u>													
Doufám, že tyto základní údaje pomohou při přijetí do vaší péče. Pokud budete potřebovat cokoli konzultovat, obraťte se laskavě na adresu mé ordinace:													
.....													
tel. č.:													
datum:													
razítko podpis													

VZP-83/4997 2024

Tiskopis 03

Kód pojiškovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu	
	Var. symbol		Poř. č.	

ZVLÁŠT ÚČTOVANÉ LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY

ZVLÁST ÚČTOVANA LÉČIVA A ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

Příjmení a jméno pacienta: _____

Čís. pojištění _____

	Datum	St	Kód	Množství	Cena
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

	Datum	St	Kód	Množství	Cena
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

Sdělení:

Vystavil:

Dne:

VZP-03/2000 2024

razítko a podpis

Tiskopis 06 dp

Kód poisťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:
		Odbornost		Platnost do:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Pacient			
Č. poisťovny	Základní diagnóza		
Variabilní symbol	Ost. dg.	Kód náhrady	

Ad zařazení domácí péče: _____

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):

Pacient v péči pečovatelské služby: ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná
b) omezená:

Smyslové omezení:

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná
b) omezená:

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:

Požadováno: zdravotní (Pro úhradu požadované péče poisťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

Tiskopis 06 ft verze A4

Kód pojišťovny	požaduje dří A	IČP	Datum	Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:
		Odbornost		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient			
Č. pojištěnce	Základní diagnóza		
Variabilní symbol	Ost. dg.		
Odeslán ad:	Kód náhrady		

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu ^{zdravotní} pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Raznost poukazů je 7 desí!

Tiskopis 06 orp

Kód pojišťovny	početná část	IČP	Datum	Požadové číslo poukazu nepřerušené ORP:
	čl.č.	Odbornost		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **ORP**

Pacient			
Č. pojištění	Základní diagnóza		
Variabilní symbol	Ost. dg.		
	Kód náhrady		

razítko a podpis požadujícího

Mobilita pacienta plná omezená zcela imobilní

.....

Smyslové omezení:

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob:

I. II. III. IV.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu

plná omezená žádná

.....

Údaje o současné medikaci, způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu:

.....

Způsob podávání stravy / výživy:

.....

Další informace:

.....

Cíl předepsané ORP, kterého má být dosaženo:

.....

zdravotní

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni, frekvence v týdnu a délky trvání) 22:00 až 06:00 so, ne

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiskopis 06 z

Kód pojišťovny	požaduje dŕl A	IČP	Datum	Čís. dokladu	Poř. č.
		Odbornost		provedl dŕl B	

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **Z**

Pacient					
Č. pojištěnce			Základní diagnóza		
Var. symbol	Ostatní diagnózy		Kód náhrady		

Odeslán ad:

Požadováno:

RTG CT MR
 nukleární medicína US

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření:

Speciální požadavek:

Klinická diagnóza (slovy): specifikace

Důvod požadavku, ev. užší otázka:

Dne:

razítko a podpis

Poznámka:

Adresa pojištěnce (pro potřeby poskytovatele):

Poslední obdobné vyšetření: kdy
 kde
 provedený výkon

Zapůjčená obrazová dokumentace: ano - ne

Pacient chodí - nechodí: Hmotnost a výška pacienta: kg cm

Alergie v anamnéze:

Další podstatná anamnestická data a výsledky dosavadních vyšetření, ev. další informace:

 razítko a podpis požadujícího

VZP-06z/2009/2024

Tiskopis 17

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 1 potvrzená objednávka léčebně			Rok návrhu
Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu		e-mail: tel.:	
e-mail: tel.:		e-mail: tel.:	
Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.			
Dne:		Podpis pacienta (zák. zástupce):	
Indikace / Typ <input type="text"/> / <input type="text"/> Diagnóza základní <input type="text"/> Diagnóza vedlejší <input type="text"/> Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Navrhovaná léčebna: 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji léčebnu: 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Upravuji – zamítám (důvod): Dne: <input type="text"/> jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

VZP-17/2022 2024

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 2 k vyúčtování			Rok návrhu
Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu	e-mail:	tel.:	e-mail: tel.:
Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně zdravotní pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.			
Dne:		Podpis pacienta (zák. zástupce):	
Indikace / Typ Diagnóza základní Diagnóza vedlejší Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče: Navrhovaná léčebna: 1 _____ 2 _____ Dne: razítko, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji léčebnu: 1 _____ 2 _____ Upravuji – zamítám (důvod): Dne: jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
			Rok návrhu

**NÁVRH NA LÉČEBNĚ REHABILITAČNÍ PÉČI
V ODBORNÉ LÉČEBNĚ – díl 4**
navrhujícím lékařem k dokumentaci

Pacient		Zák. zástupce	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa) vč. PSČ a kontaktního e-mailu	e-mail: tel.:	e-mail: tel.:	

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně zdravotní pojišťovny do doby nástupu do léčebny pozbývá návrh platnosti. Byl jsem poučen o pravidlech pro úhradu dopravy.

Dne: Podpis pacienta (zák. zástupce):

<p>Indikace / Typ <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Diagnóza základní <input type="text"/></p> <p>Diagnóza vedlejší <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění požadavku na poskytnutí péče:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Dne: <input type="text"/> razítko, jmenovka a podpis lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY</p> <p>Schvaluji léčebnu:</p> <p>1 <input type="text"/></p> <p>2 <input type="text"/></p> <p>Upravuji – zamítám (důvod):</p> <p>Dne: <input type="text"/> jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p>
--	--

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně, lázeňské léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ (event. jiná sdělení):

VZP-17/2022 2024

Tiskopis 18

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 1 potvrzená objednávka ozdravovně k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílacího ÚP
WPLNI ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce	
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)	
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):		
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:	
	Bydliště (adresa) vč. PSČ		
	Zaměstnavatel	tel.:	
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,* byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
WYSLEDEK LÉKÁRSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce:		
	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.		
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
		směrodatná odchylka	
Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			
STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/>		Schvaluji ozdravovnu:	
Zdůvodnění návrhu:		Upravuji - Zamítám (důvod):	
Doporučená ozdravovna:			
1 _____			
2 _____			
Doporučená délka pobytu:			
Dne:		Dne:	
razítko, jmenovka a podpis lékaře		jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny	
		podpis a razítko zdravotní pojišťovny	
		zdravotní	

***) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změni svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravenské péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 2 zdravotní spádově pojišťovně k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílacího ÚP
VYPUNĚNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce	
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)	
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):		
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:	
	Bydliště (adresa) vč. PSČ		
	Zaměstnavatel	tel.:	
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP.*) byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):	
VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce: Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.		
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
			směrodatná odchylka
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případně laboratorní vyšetření:
Ostatní somatický nálezy (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			
STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/>		Schvaluji ozdravovnu:	
Zdůvodnění návrhu:		Upravuji - Zamítám (důvod):	
Doporučená ozdravovna:			
1 _____			
2 _____			
Doporučená délka pobytu:			
Dne:		Dne:	
razítko, jmenovka a podpis lékaře		jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	

***) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změní svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravovenské péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravovenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílacího ÚP
WYPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce	
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)	
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):		
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:	
	Bydliště (adresa) vč. PSČ		
	Zaměstnavatel	tel.:	
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,*) byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně.		
	Dne:		Podpis rodiče (zák. zástupce):
WÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce:		
	Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.		
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případné laboratorní vyšetření:	
Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			
STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/> Zdůvodnění návrhu: Doporučená ozdravovna: 1 _____ 2 _____ Doporučená délka pobytu: Dne: _____ _____ <small>razítko, jmenovka a podpis lékaře</small>		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY Schvaluji ozdravovnu: Upravuji - Zamítám (důvod): Dne: _____ _____ <small>jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</small>	

*) UPOZORNĚNÍ:

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčení změni svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravovné péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravovenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. číslo
			Čís. návrhu
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V OZDRAVOVNĚ - díl 4 navrhujícímu lékaři k dokumentaci			Rok návrhu
			Číslo vysílacího ÚP
WPLNÍ ŽADATEL	Příjmení a jméno dítěte	Číslo pojištěnce	
	Škola (třída)	Sourozenci žijící (počet, stáří)	
	Dřívější pobyt v ozdravovně (která, kdy):		
	Rodiče (zákonný zástupce)	tel.:	
	Bydliště (adresa) vč. PSČ		
	Zaměstnavatel	tel.:	
	Žádám, aby shora uvedenému dítěti, které je pojištěncem VZP,* byl povolen pobyt v dětské ozdravovně a současně prohlašuji, že všechny údaje v žádosti jsou pravdivé. Zároveň prohlašuji, že budu respektovat navržené datum nástupu a ukončení pobytu dítěte v ozdravovně. Dne: Podpis rodiče (zák. zástupce):		
VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ	Nemoci a úmrtí v rodině:		
	Prodělaná závažná onemocnění dítěte (včetně nemocí infekčních):		
	Očkování proti:	TE	v roce
	Reakce: Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.		
	Váha	směrodatná odchylka	Výška
			směrodatná odchylka
	Nynější zdravotní obtíže a rizika (alergické reakce na léky a pod.):		Případné laboratorní vyšetření:
Ostatní somatický nálezy (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění v ozdravovně):			
STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE		STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	
Typ ozd. prog. <input type="checkbox"/>		Schvaluji ozdravovnu:	
Zdůvodnění návrhu:		Upravuji - Zamítám (důvod):	
Doporučená ozdravovna:			
1 _____			
2 _____			
Doporučená délka pobytu:			
Dne:		Dne:	
razítko, jmenovka a podpis lékaře		jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny	

***) UPOZORNĚNÍ:**

VZP hradí náklady na pobyt v ozdravovně pouze svým pojištěncům. V případě, že pojištěnec před nástupem do ozdravovny nebo v průběhu léčeni změni svůj pojistný vztah, tj. stane se pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny, zařídí rodiče (zákonný zástupce dítěte) úhradu za ty dny, po které byl již jejím pojištěncem, protože VZP tyto náklady neuhradí. Při nenastoupení dítěte do ozdravovny a při předčasném ukončení ozdravovné péče jsou uznávanými důvody úmrtí v rodině nebo onemocnění, které je neslučitelné s pobytem v ozdravovně. Ostatní případy jsou považovány za svévolné porušení ozdravovenského režimu a v takovém případě hradí VZP vzniklou škodu rodiče (zákonný zástupce).

zdravotní

Tiskopis 19

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 1 potvrzená objednávka léčebně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		tel.:
Rodič (zákonný zástupce)			tel.:
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel			tel.:
<p>Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.</p> <p>Dne: _____ Podpis rodiče (zák. zástupce): _____</p>			
<p>Diagnóza základní: <input type="text"/> vedlejší: <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění pobytu v léčebně:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře</p>	<p style="text-align: center;">STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)</p> <p>Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p> <p style="text-align: center;">STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně)</p> <p>Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p>		

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

V2P-19/2023 2024

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 2 spádově pojišťovně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
<p>Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.</p> <p>Dne: _____ Podpis rodiče (zák. zástupce): _____</p>			
<p>Diagnóza základní: <input type="text"/> vedlejší: <input type="text"/></p> <p>Zdůvodnění pobytu v léčebně:</p> <p>Navrhovaná léčebna:</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře</p>		<p>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)</p> <p>Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p> <p>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně)</p> <p>Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod):</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p>	

zdravotní

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):

B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

VZP-19/2023 2024

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Ev. č.
NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE V DĚTSKÉ ODBORNÉ LÉČEBNĚ - díl 3 zdravotní pojišťovně k dokumentaci			
Jméno a příjmení dítěte	Číslo pojištěnce		
Rodič (zákonný zástupce)	tel.:		
Přesná adresa vč. PSČ			
Zaměstnavatel	tel.:		
<p>Prohlašuji, že jmenované dítě je pojištěncem výše uvedené pojišťovny a že všechny údaje jsou pravdivé. Beru na vědomí, že při změně pojišťovny do doby nástupu dítěte do léčebny pozbývá návrh platnosti.</p> <p>Dne: _____ Podpis rodiče (zák. zástupce): _____</p>			
Diagnóza základní: <input type="text"/>	vedlejší: <input type="text"/>	<p>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k pracovišti navrhujícího lékaře)</p> <p>Schvaluji léčebnu: Upravuji - zamítám (důvod): _____</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p>	
Zdůvodnění pobytu v léčebně:	<p>STANOVISKO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (ÚP příslušné k dětské léčebně)</p> <p>Schvaluji doprovod: Zamítám (důvod): _____</p> <p>Dne: _____ jmenovka a podpis oprávněné osoby pojišťovny podpis a razítko zdravotní pojišťovny</p>		
Navrhovaná léčebna:	<p>Dne: _____ razítko, jmenovka a podpis navrhujícího lékaře</p>		
1 _____			
2 _____			

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

A: DŮLEŽITÁ ANAMNESTICKÁ DATA (RA, OA, očkování, alergie, dřívější pobyt v léčebně)

RA (i sourozenci):

OA:

Očkování:

Alergie:

Předchozí pobyt v léčebně (kdy, ve které):


B: NO:

C: OBJEKTIVNÍ NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (event. odborná vložka nebo překladová zpráva):

D: LABORATORNÍ A EVENT. DALŠÍ VYŠETŘENÍ související s onemocněním, pro které je léčebna navrhována a nejsou uvedena v bodě C:

E: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVLÁŠTNÍ POŽADAVKY NA POBYT V LÉČEBNĚ:

Tiskopis 31

IČZ		Číslo faktury	
IČO		Pořadové číslo	
FAKTURA za období			
Poskytovatel		Peněžní ústav	
		Číslo účtu	
		Kód peněžního ústavu	
Den vystavení fa.	Den odeslání fa.	Splatnost faktury do kalendářních dnů ode dne doručení!	
Plátce	 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY		
Fakturováno za období:	roku:	Celkem Kč	
Srážky (splátky, pohledávky)			
		Činí Kč	
		K úhradě celkem Kč	
Dávky dokladů budou předloženy v dohodnutých termínech podle platné smlouvy s ÚP VZP		Razítko a podpis	
Pořadové číslo fa. v ÚPVZP		Razítko ÚPVZP a podpis	
Den doručení fa.			
Den splatnosti fa.			

VZP-31/2006 2024

Tiskopis 85

Kód pojišťovny _____	HLÁŠENÍ O ZASTUPOVÁNÍ LÉKAŘE
ZASTUPOVANÝ LÉKAŘ Jméno a příjmení: _____ IČZ _____ IČP _____ Razítko: Dne: _____ Podpis: _____	ZASTUPUJÍCÍ LÉKAŘ Jméno a příjmení: _____ IČZ _____ IČP _____ Zastupování: - ve dnech _____ - od _____ do _____ den měsíc den měsíc rok Adresa ordinace: <small>(Uveďte v případě, nebude-li zastupování v ordinaci zastupovaného lékaře)</small> _____ _____ Dne: _____ Razítko a podpis: _____
VZP-85/1999 2024	

Pokyny pro vyplňování tiskopisu HLÁŠENÍ O ZASTUPOVÁNÍ LÉKAŘE

Zastupovaný lékař nahlašuje pojišťovně zastupujícího lékaře pouze v případě, kdy zastupující lékař je z jiného zdravotnického zařízení (jiné IČZ).

Podle kap. II.1. Společné zásady Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR vyplní zastupovaný lékař **Kód pojišťovny, IČZ a IČP své i zastupujícího lékaře**. Dále uvede:

Jméno a příjmení — své i zastupujícího lékaře.

Zastupování: je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat:

— **ve dnech** — výčetem jednotlivých dnů zastupování. Např. zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 1999 se vyplíše:

ve dnech 2., 8., 10. a 20. 3. 1999.

— **od, do** — den, měsíc a rok počátku a konce zástupu. Např. zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 1999 se vyplíše jako interval:

od 8. 3. do 15. 3. 1999.

Adresa ordinace: vyplní se pouze v případě, že zastupování se uskuteční jinde než v ordinaci zastupovaného lékaře.

Razítko, Dne, Podpis: den vystavení, razítko a podpis zastupovaného lékaře.

Dne, Razítko a podpis: zastupujícího lékaře (uvede se pokud to jeden z lékařů nebo pojišťovna považují za potřebné).

Pozn.: doklad se předává pojišťovně před uskutečněním plánovaného zástupu, nejpozději ve smluvně dohodnutém termínu pro vyúčtování dávek.

Účinnost změny: 1. 2. 2024