

**Návrh na ústavnú zdravotnú starostlivosť v liečebni**(vyplní indikujúci lekár, **platnosť max. 60 dní** od vyplnenia návrhu)

**Názov liečebne:** **Liečebňa Kúpele-Štós a.s., Štós-Kúpele 235, 044 26 Štós**

**Poistenec  
Priezvisko a meno**: ...................................................................................................  
Rodné číslo: ...................................................................................................  
Adresa trvalého pobytu: ...................................................................................................

**Číslo mobilu/ telefónu pacienta** : .................................................  
  
**Zákonný zástupca poistenca**  
Priezvisko a meno: ...................................................................................................  
Adresa trvalého pobytu: ...................................................................................................  
  
**Hlavná diagnóza** (kód podľa MKCH): ....................Slovom:..................................................................  
  
**Vedľajšie diagnózy**(kód podľa MKCH):....................Slovom:..................................................................  
  
**Bola absolvovaná kúpeľná liečba v tomto kalendárnom roku ? ÁNO Nie**   
  
Ak áno, tak v indikačnej skupine podľa Indikačného zoznamu : ............................  
  
Medikamentózna liečba súvisiaca s navrhovanou ústavnou zdravotnou starostlivosťou:  
  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
  
**Anamnéza a terajšie ochorenie** ( vrátane **podrobného rozpisu predchorobia; liečby alebo sledovania v špecializovaných ambulanciách** v súvislosti s navrhovanou liečebnou starostlivosťou):.........................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
..................................................................................................................................................  
..................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
  
**Objektívny nález** so zhodnotením klinického stavu ( presný **popis somatického stavu; patologické odchýlky** v súvislosti s navrhovanou liečebnou starostlivosťou):.........................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................  
...................................................................................................................................................

Dátum, pečiatka a podpis indikujúceho lekára