

**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