



## Přihláška k léčebně-ozdravnému pobytu VZP M O Ř S K Ý K O N Í K 2 0 1 9

### VYPLNÍ ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI DÍTĚTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO NA STROJI

#### I. OSOBNÍ ÚDAJE

Příjmení a jméno dítěte: ..... Národnost/st. příslušnost: .....

Číslo pojištěnce (rodné číslo dítěte bez lomítka): ..... Datum narození: .....

Přihláška pojištěnce k VZP ČR podána dne ..... (vyplní jen pojištěnci jiné ZP)

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

Ulice a číslo domu: .....

Město/Obec: ..... PSČ: .....

**Jméno, příjmení matky:** .....

**Rodné číslo matky:** ..... **Mobilní telefon matky:** .....

**E-mail matky:** ..... Tento e-mail bude / nebude sloužit pro přihlášení do Deníčku.

**Jméno, příjmení otce:** .....

**Rodné číslo otce:** ..... **Mobilní telefon otce:** .....

**E-mail otce:** ..... Tento e-mail bude / nebude sloužit pro přihlášení do Deníčku.

**Bankovní spojení:** ..... / ..... **Bankovní spojení náleží: matce / otci**

**Zájem o zařazení našeho dítěte do stejného letu s tímto dítětem – smluv} í dodavatel 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.: .....

#### Lokalita

Černé moře, lokalita Škorpilovci – Hotelový komplex Morskí Duni

Jaderské moře, lokalita Čanj – Hotelový komplex Biserna Obala

**Turnus** (u dětí, které budou pojištěnci VZP od 1. 7. 2019, lze zvolit jen 3., 4. či 5. turnus)

1. turnus  2. turnus  3. turnus  4. turnus  5. turnus

Zákonný zástupce zaškrtně lokalitu a turnus, ve kterém požaduje nástup svého chronicky nemocného dítěte na léčebně-ozdravný pobyt. 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.

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

V ..... Dne: .....

Podpis zákonného zástupce dítěte: .....



## NÁVRH NA LÉČEBNĚ-OZDRAVNÝ POBYT M O Ř S K Ý K O N Í K 2 0 1 9

Příjmení a jméno dítěte: ..... Národnost/st. příslušnost: .....

Číslo pojištěnce (rodné číslo dítěte bez lomítka): ..... Datum narození: .....

Přihláška pojištěnce k VZP podána dne ....., změna zdravotní pojišťovny od ..... (vyplní jen pojištěnci jiné ZP)

Bydliště Ulice a číslo domu: .....

Město/Obec: ..... PSČ: .....

Jméno, příjmení matky / otce: .....

### II. INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE – vyplní lékař, u kterého se dítě léčí (praktický lékař pro děti a dorost nebo lékař specialista). V případě odeslání elektronické přihlášky již nevyplňujte.

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.) .....

Dětské infekční nemoci dítěte: .....

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

Používá dítě nějaké protetické pomůcky? (uveďte jaké a proč) .....

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

#### Léčí se nebo léčilo se dítě pro některá uvedená onemocnění?

(Prosím zaškrtněte ANO nebo NE.) V případě odpovědi ANO doplňte, zda tento stav trvá / je ukončen (kdy?)

..... ANO - NE

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

*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 - zaškrtněte kód MKN, popřípadě doplňte):

#### Diagnóza 1 – Nemoci kůže a podkožního vaziva:

- psoriáza (MKN L40) všech forem nebo rozsáhlejší atopický ekzém (MKN L20),
- tzv. dermorespirační syndrom, tj. atopický ekzém (MKN L20)
- v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích (MKN J40 - J44),

#### Diagnóza 2 – Nemoci dýchacích cest

- bronchiální astma (MKN J45) a jeho podskupiny,
- chronická obstruktivní plicní nemoc (MKN J448),
- alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené pylem (MKN J30),
- chronický zánět vedlejších nosních dutin (MKN J32),
- opakované katary dýchacích cest (MKN J399), podmínka pro přiznání nároku platí pro děti, u kterých se opakují katary dýchacích cest min. 5x za rok

#### Diagnóza 3 – Ostatní nevyjmenované:

- pobytů se dále mohou zúčastnit i děti s jinými respiračními, dermatologickými, alergologickými a ORL indikacemi, které mají recidivující charakter nebo jejichž příčinou je snížená obranyschopnost organismu dítěte
- děti trpící celiakií v souběhu s některou z výše uvedených indikací.

(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 třítydenní léčebně-ozdravný pobyt MK 2019 podle podmínek stanovených VZP. Není mi známo, že by se dítě léčilo pro některou stanovenou kontraindikaci pobytu či pro některou obecnou kontraindikaci uvedenou v Indikačním seznamu lázeňské péče.

IČZ lékaře: .....

Datum: ..... Razítko a podpis lékaře: .....

E-mail lékaře: ..... Datová schránka lékaře: .....

### STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE RP VZP

POTVRZUJI pobyt dítěte na léčebně-ozdravném pobytu: .....

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

Datum : ..... Razítko a podpis lékaře : .....