

INDIKAČNÝ FORMULÁR PRE POSKYTOVANIE STAROSTLIVOSTI

Údaje o poistencovi:

Meno a priezvisko:

Adresa / trvalý pobyt:

Číslo poistenca:

Zdravotná poisťovňa:

Odporúčanie lekára ústavnej alebo ambulantnej zdravotnej starostlivosti:

Meno a priezvisko odporúčajúceho lekára:

Odtlačok pečiatky a kód lekára:

Diagnóza podľa MKCH:

Špecifikácia pacienta/indikačná skupina:

- s imobilizačným syndrómom
- s chronickým dekompenzovaným ochorením
- po operačnom výkone
- po úraze z obmedzenou hybnosťou
- s narušenou integritou kože
- s neurologickým ochorením
- s psychiatrickým ochorením
- v rekonvalescencii
- iný zdravotný problém na základe odporúčania lekára

Predchádzajúca hospitalizácia:

Predpokladaná dĺžka pobytu v zdravotníckom zariadení:

Odporúčaná liečba:

Dátum indikácie:

Týmto potvrdzujem správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov:

Číslo telefónu, prípadne iný kontakt /fax, email/ odporúčajúceho lekára:

Podpis odporúčajúceho lekára
/odtlačok pečiatky/