**Žiadosť o liečbu na ODCH v zdravotníckom zariadení VITALITA n.o. LEHNICE**

**Adresa:** 930 37 Lehnice 113 **E-mail:** sekretariat@vitalita-lehnice.sk

**Telefón /Fax:** 031/5918 200 / 031/5918 201 **Web:** [www.vitalitalehnice.sk](http://www.vitalitalehnice.sk)

**Meno a priezvisko poistenca:**

**Trvalé bydlisko:**

**Rodné číslo poistenca: Zdravotná poisťovňa:**

* **Medicínske odôvodnenie návrhu** (nutné vyplniť):

***Cieľ liečby na ODCH*** (prosím označte):

 .......................................................

***Ambulantná liečba*** (prosím označte):    

***Predchádzajúca hospitalizácia vo Vitalita n.o. Lehnice****:* (prosím označte): 

***Efekt predchádzajúcej liečby vo Vitalita n.o. Lehnice:*** 

* **Objektívne zhodnotenie stavu pacienta:**

Mobilita (prosím označte):  

* **Závery odborných vyšetrení je potrebné priložiť k žiadosti.**
* **Diagnostický záver (slovom a číslom podľa MKCH-10):**

**Navrhujúci ošetrujúci lekár: Odtlačok pečiatky a kód lekára:**

**Stanovisko VITALITA n.o. LEHNICE:**

S prijatím do ústavnej liečby vo VITALITA n.o. LEHNICE

súhlasím – nesúhlasím

Podpis a odtlačok pečiatky:

**VYPLNÍ POISTENEC - PACIENT:**

****

(prosím označte)

Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti.

Číslo telefónu poistenca: Podpis poistenca – pacienta:

Najbližší príbuzní (meno, adresa, tel. číslo):