

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

**Adresa:** 930 37 Lehnice 113  
**Telefón /Fax:** 031/5918 200 / 031/5918 201

**E-mail:** [sekretariat@vitalita-lehnice.sk](mailto:sekretariat@vitalita-lehnice.sk)  
**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):  1) celkové zlepšenie  a) zdravotného stavu  b) mobility  
 c) samo obslužnosti  
 2) zmiernenie bolesti  iné: .....

**Ambulantná liečba** (prosím označte):

1) nemožná z dôvodu:  a) imobility  b) celkového oslabenia organizmu  2) neúčinná/ málo účinná  
 iné:.....

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

**Efekt predchádzajúcej liečby vo Vitalita n.o. Lehnice:**  1) Veľmi dobrý  2) Neutrálny  3) iné.....

- **Objektívne zhodnotenie stavu pacienta:**

Mobilita (prosím označte):  1) bez pomôcok  2) chôdza s pomôckami  3) imobilita

- **Záver odborných vyšetrení je potrebné priložiť k žiadosti.**

- **Diagnostický záver (slovom a číslom podľa MKCH-10):**

**Navrhujúci ošetrojúci 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:**

**Žadam o hospitalizáciu v 3-lôžkovej izbe s vyšším štandardom za poplatok 4,00 € / deň**  
 (prosím označte)

VITALITA n.o. si vyhradzuje právo rozhodnúť o pridelení izby s vyšším štandardom v pavilóne „A“ po posúdení zdravotného stavu pacienta.

**Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti.**

Číslo telefónu poistenca:

Podpis poistenca – pacienta:

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

Okrem požadovaných údajov na žiadosti prosíme neuvádzajte žiadne Vaše požiadavky.