# **N á v r h**

**na kúpeľnú starostlivosť**

poskytovanú podľa § 70 zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ozbrojeným príslušníkom finančnej správy a poberateľom dôchodku z výsluhového zabezpečenia v pôsobnosti Finančného riaditeľstva Slovenskej republiky

|  |
| --- |
| Vyplní odborný alebo všeobecný lekár (strojom alebo elektronicky) |
| **Meno a priezvisko**:      |
| **Deň, mesiac a rok narodenia**:      | **Rodné číslo:**      | **Osobné číslo ozbrojeného príslušníka FS:**      | **Telefónny kontakt:**      |
| **Adresa trvalého pobytu:**      |
| **Orgán finančnej správy: :**  |       | **Poukaz pridelený dňa:** |
| **Funkcia:** |       | **Prírodné liečebné kúpele:** |
| **Dôchodca:** |       | **Kúpeľná liečebňa:** |
| **Poberateľ dávky:** |       | **Číslo poukazu:** |
| **Doba trvania služobného pomeru:** |       | **Deň nástupu na liečenie:** |
| **Dátum vystavenia:****Odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára****Podpis navrhnutého na kúpeľnú starostlivosť** | **Odtlačok úradnej pečiatky a podpis riaditeľa útvaru sociálneho zabezpečenia FR SR** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anamnéza:**      | **Výška:**cm | **Hmotnosť:**kg | **TK:** |
| **Dátum**:      |
| **Doterajšia kúpeľná starostlivosť:**(udať rok a indikačnú skupinu)      | **Výsledky laboratórnych, RTG a ďalších vyšetrení:**      |
| **Diagnóza hlavná, pre ktorú je kúpeľná starostlivosť navrhovaná:**      | **Číslo indikačnej skupiny podľa indikačného zoznamu:**      |
| **Štatistická značka hlavnej diagnózy:**      |
| **Diagnóza sprievodná:**      | **Účastník je:****[ ]  plne****[ ]  čiastočne****[ ]  nie je****schopný chôdze** |
| **Objektívny nález a odôvodnenie návrhu:**      | **odtlačok pečiatky a podpis****ošetrujúceho lekára** |
| **Vyjadrenie posudkového lekára:**      |
| **Podmienky na poskytnutie kúpeľnej starostlivosti na chorobu označenú v indikačnom zozname:****[ ]  sú splnené****[ ]  nie sú splnené****do** **Dátum:**  | **odtlačok úradnej pečiatky a podpis****posudkového lekára útvaru sociálneho zabezpečenia FR SR** |