# **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 *( FW/CRP, moč, krvný obraz, EKG, RTG hrudníka, ďalšie vyšetrenia podľa indikácie)*:** | | |
| **Diagnóza hlavná, pre ktorú je kúpeľná starostlivosť navrhovaná:** | **Číslo indikácie (skupiny B) podľa indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť:** |
| **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** | | |