

NÁVRH
na ústavnú liečbu

ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ PREDNÁ HORA

názov a sídlo OLÚ

poistenca ZP:

meno poistenca	rodné číslo	bydlisko	telefónny kontakt
----------------	-------------	----------	-------------------

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza: _____

Objektívne vyšetrenie: _____

Závery odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou: _____

Epikríza: _____

Diagnostický záver (slovom a číslom): _____

Doteraz vykonaná ústavná a iná liečba (kde, oddelenie, od – do, dg., atď.): _____

Súhlasím s uvedením osobných údajov na tlačive.
podpis poistenca

Predpokladaná doba liečby: _____

riaditeľ zdrav. zariadenia

navrhujúci lekár

V _____ dňa _____

Stanovisko revízneho lekára pobočky ZP: _____

S prijatím do ústavnej liečby v OLÚ súhlasím*

nesúhlasím* z dôvodu: _____

Číslo súhlasu: _____

Stanovisko obdrží: OLÚ, navrhujúci lekár, poistenec.

V _____ dňa _____

*Nehodiace sa prečiarknúť!

revízny lekár