

DOPORUČENÍ

pro čerpání dotace z rozpočtu Ústeckého kraje

na realizaci léčebné rehabilitace anebo léčebného rehabilitačního pobytu
nad rámec úhrad ze systému zdravotního pojištění

PACIENT

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (u dětí)

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Příbuzenský vztah k pacientovi: _____

VYPLNÍ

všeobecný **praktický lékař, pediatr** (praktický lékař pro děti a dorost) anebo ambulantní **specialista**

DOPORUČENÍ: Pro účely posouzení oprávněnosti čerpat finanční prostředky v rámci dotačního programu „Podpora léčebné rehabilitace a rehabilitačních pobytů pro občany Ústeckého kraje“, doporučuji, **aby výše uvedený pacient absolvoval nad rámec úhrad ze systému zdravotního pojištění**

léčebnou rehabilitaci / léčebný rehabilitační pobyt

Pacient je osobou

- se **vzácným onemocněním**
- onkologickým onemocněním
- jiným **tělesným, mentálním** či **kombinovaným** postižením, pokud je pacientovi přiznám příspěvek na péči ve III. a IV. stupni postižení

DIAGNÓZA: _____

Číslo diagnózy: _____

Bližší specifikace: _____

V _____ dne _____

.....
razítko a podpis lékaře