

# Příhláška dítěte na ozdravně léčebný pobyt s doprovodem



Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna

205

(žádáme o čitelné vyplnění hůlkovým písmem) rok 2019

## 1. Vyplní žadatel – zákonný zástupce dítěte

Příjmení a jméno dítěte: .....

Rodné číslo dítěte: ..... dítě bylo v loňském roce na ozdravně léčebném pobytu ČPZP: **ano / ne**

Bydliště (ulice, město, PSČ – uvádějte korespondenční adresu): .....

Příjmení a jméno **doprovodu dítěte**, který je pojištěncem ČPZP (za doprovod je považován zákonný zástupce dítěte, popř. osoba zplnomocněna zákonným zástupcem dítěte):

..... Mobilní telefon: .....

Rodné číslo doprovodu: .....

Doporučený pobyt: Turnus:  (doplňte turnus 1 nebo 2)

**E-mail:** ..... Podpis zákonného zástupce: .....  
(uveďte adresu zákonného zástupce)

## 2. Vyplní lékař, u kterého se dítě léčí (praktický lékař pro děti a dorost; k přihlášce lze přiložit i zprávu z odborného vyšetření u lékaře specialisty – např. alergolog)

Diagnóza (uveďte všechny diagnózy, pro které se dítě léčí – číselné diagnózy) .....

Současný zdravotní stav dítěte (stručná anamnéza – zdravotní potíže a rizika, pravidelně užívané léky): .....

Ostatní somatické obtíže a rizika (alergické reakce na léky apod.): .....

Biopsychosociální vývoj dítěte: .....

**Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat čtrnáctidenní ozdravně léčebný pobyt pořádaný ČPZP a není mi známo, že by se dítě léčilo nebo léčí pro některou z kontraindikací pro pobyt (uvedené na zadní straně této přihlášky) nebo obecnou kontraindikaci uvedenou v „Indikačním seznamu lázeňské péče“.**

Datum: ..... Razítko a podpis lékaře: .....

## 3. Stanovisko revizního lékaře ČPZP:

Schvaluji pobyt dítěte na ozdravně léčebném pobytu

Zamítám – upravuji (důvod): .....

Datum: ..... Razítko a podpis revizního lékaře: .....

## Tabulka indikací a kontraindikací pro účast dítěte na ozdravně léčebném pobytu s doprovodem

Indikace pro léčbu	Kontraindikace pro účast na pobytu
Recid. katary HCD s oslabenou odolností (Dg. J31, J32, J35.0, J37, J38, J39)	fotosenzibilita
Alergické rýmy prokázané alergologickým vyšetřením (Dg. J30)	epilepsie nebo jiné onemocnění projevující se záchvaty
Bronchitis recidivans (Dg. J40, J41, J42)	vrozené vady limitující pobyt v dětském kolektivu
Sinobrochitis (Dg. J32, J40, J42)	všechny stupně mentální retardace, psychické poruchy s maladaptabilitou (znesnadňující přizpůsobení se kolektivu nebo vyžadující intenzivní dohled dospělé osoby) a závažné poruchy chování (s péčí psychologické poradny či dětského psychiatra)
Bronchitis asthmatica, dermorespirační syndrom, astma bronchiale (Dg. J42, J44, J45)	enuresis nocturna
	akutní exacerbovaná psoriáza
	závažné formy základního onemocnění limitující účast dítěte na tomto typu léčebné akce
	cukrovka nebo jiné onemocnění vyžadující pravidelné laboratorní sledování a podávání léků
	polyvalentní potravinové alergie a jiná nutná dietní omezení neproveditelná na tomto typu léčebné akce
	malabsorpční syndrom
	všechny obecné kontraindikace uvedené v „Indikačním seznamu pro lázeňskou péči“
	specifické kontraindikace (u diagnóz) <ul style="list-style-type: none"> <li>• impetigo a mikrobiální ekzémy (u L20, L40)</li> <li>• tuberkulóza a bronchiektázie (u J45)</li> </ul>