



Návrh na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v denných stacionároch

Zdravotnícke zariadenie, názov a adresa: Denné detské rehabilitačné sanatórium,
REHAB s.r.o., Lúčna 496, 059 35 Batizovce, prevádzka: Francisciho 5, 058 01 Poprad

Meno, priezvisko, titul poistenca/poistenky:

.....

Rodné číslo: **Číselný kód zdravotnej poisťovne:**

Bydlisko trvalé:

.....

Bydlisko prechodné:

Meno, priezvisko, titul lekára, ktorý poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári odporučil:

.....

Kód lekára:

Tel. kontakt: **fax:** **e-mail:**

Epikríza a zdôvodnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári:

.....

.....

.....

.....

.....

Poznámka:

Návrh je súčasťou zdravotnej dokumentácie v zdravotníckom zariadení denný stacionár.
Návrh je platný maximálne tri mesiace odo dňa zahájenia poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Dátum:

.....

podpis lekára a odtlačok pečiatky