

ŽÁDOST

O ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA VYSOKOHORSKÝ OZDRAVNÝ POBYT V ROCE 2025

(bez doprovodu zákonného zástupce)

Žádám o zařazení dítěte na ozdravný pobyt v lokalitě:

Dítě splňuje podmínky stanovené VoZP ČR pro účast na ozdravném pobytu.

SLOVENSKO
VYSOKÉ TATRY, TATRANSKÁ LESNÁ

| | | |
|--|--|----------------------|
| DÍTĚ | PŘÍJMENÍ A JMÉNO DÍTĚTE: | ČÍSLO POJIŠTĚNCE: |
| | POŽADOVANÝ TURNUS* (volí se jen jeden): | |
| | NÁHRADNÍ TURNUS (může být uvedeno i několik termínů): | |
| | DŘÍVĚJŠÍ ÚČASTI na ozdravných pobytech (rok, místo): | |
| | POŽADOVANÉ NÁSTUPNÍ MÍSTO (označte správnou možnost): PRAHA OLOMOUC OSTRAVA VLASTNÍ DOPRAVA | |
| | * Pokud bude kapacita Vámi zvoleného termínu již naplněna, dítě bude zařazeno do neobsazeného turnusu. Pokud trváte na zařazení do již obsazeného turnusu, bude dítě zařazeno jako NÁHRADNÍK. | |
| ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE pojištěný u VoZP ČR | PŘÍJMENÍ A JMÉNO: | ČÍSLO POJIŠTĚNCE: |
| | ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: (ulice, č. p., PSČ, město) | |
| | TEL. MATKA: | TEL. OTEC: |
| | TEL. DO ZAMĚSTNÁNÍ (nepovinné): | E-MAIL (čitelně): |

TERMÍNY TURNUSŮ 2025

01S 29. 6. – 12. 7. 02S 27. 7. – 9. 8. 03S 10. 8. – 23. 8.

Informace o zpracování osobních údajů

Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na www.vozp.cz.

Svým podpisem stvrzuji, že před podáním této žádosti jsem se v celém rozsahu seznámil/a s obsahem a podmínkami účasti dítěte na ozdravném pobytu a že veškeré údaje uvedené v žádosti a přílohách jsou úplné, pravdivé a nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by vylučovaly účast dítěte na ozdravném pobytu. K této žádosti je třeba přiložit formulář „NÁVRH NA ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR“ (Díl 1 i 2). Žádost bez tohoto návrhu je neplatná!

V

DNE

.....
PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

NÁVRH NA ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR - DÍL 1 (pojišťovně k dokumentaci)

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---------|--|
| VYPLNÍ RODIČ zákonný zástupce | PŘÍJMENÍ A JMÉNO DÍTĚTE: | | ČÍSLO POJIŠTĚNCE: | | |
| | DŘÍVĚJŠÍ ÚČASTI na ozdravném pobytu (rok, místo): | | | | |
| | RODIČ (ZZ): | | TEL.: | | |
| | BYDLIŠTĚ (adresa, vč. PSČ): | | | | |
| | DNE: | | PODPIS zák. zást. | | |
| VÝSLEDEK lékařského vyšetření | NEMOCI A ÚMRTÍ V RODINĚ: | | | | |
| | PŘESTÁLÉ NEMOCI DÍTĚTE (zejména nemoci infekční – uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé): | | | | |
| | OČKOVÁNÍ PROTI: | | TE | v roce: | |
| | REAKCE: Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 537/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. | | | | |
| | VÁHA (kg): | | VÝŠKA (cm): | | |
| | Nynější zdravotní obtíže a rizika – alergická reakce na léky, současná léčba, případné laboratorní vyšetření uveďte v příloze apod. | | | | |
| Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění na ozdravném pobytu). | | | | | |
| STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE | | | STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE VoZP ČR | | |
| Dg.: | | Číslo dg.: | | | |
| Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat čtrnáctidenní ozdravný pobyt podle podmínek stanovených VoZP ČR a nemá žádnou stanovenou kontraindikaci k ozdravnému pobytu či některou obecnou kontraindikaci uvedenou v Indikačním seznamu lázeňské péče. | | | | | |
| DNE | | RAZÍTKO ZZ, JMENOVKA A PODPIS LÉKAŘE | | | |
| DNE | | RAZÍTKO A PODPIS REVIZ. LÉKAŘE | | | |

INDIKACE

PRO ÚČAST DÍTĚTE NA

VYSOKOHORSKÉM OZDRAVNÉM POBYTU

VOZP

VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

Indikovaná jsou stabilizovaná chronická onemocnění dýchacích cest, poruchy imunity a stavy po celkových onemocněních, u kterých je vhodný ozdravný pobyt z důvodů příznivého klimatického působení.

- J30** vazomotorická a alergická rýma
- J31** chronická rýma, chronický zánět nosohltanu a hltanu
- J32** chronický zánět vedlejších nosních dutin
- J33** nosní polypy
- J34** jiné nemoci nosu a vedlejších nosních dutin
- J37** chronický zánět hrtanu i průdušnice
- J41** prostá chronická bronchitida
- J44.8, J44.9** chronická obstruktivní plicní nemoc
- J45** astma
- D80–D84** počáteční stádia či neúplné obrazy poruch imunity

KONTRAINDIKACE VYLUČUJÍCÍ ÚČAST NA OZDRAVNÉM POBYTU

Všechny kontraindikace uvedené v „Indikačním seznamu pro lázeňskou péči pro dospělé, děti a dorost“.

- alergie na sluneční záření, na jód
- diabetes mellitus
- celková léčba kortikoidy
- epilepsie nebo jiné onemocnění projevující se záchvaty
- vrozené vady nebo onemocnění omezující pobyt v dětském kolektivu
- mentální retardace
- malabsorbční syndrom
- onemocnění vyžadující dietní stravování, např. bezlepková dieta nebo jiná nutná dietní omezení
- polyvalentní potravinová alergie
- tuberkulóza a bronchiektázie
- onemocnění pohybového aparátu s poruchou pohybu
- pomočování
- závažné srdeční choroby a vady
- poruchy krevní srážlivosti
- poruchy chování a duševní poruchy vyžadující psychiatrické či psychologické vyšetření, kontroly a ambulantní léčbu, nebo zvláštní pedagogickou péči (autismus, ADHD, Aspergerův syndrom apod).

NÁVRH NA ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR - DÍL 2

(turnusovému lékaři k dokumentaci)

VoZP

**VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA**

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---------|--|
| VYPLNÍ RODIČ zákonný zástupce | PŘÍJMENÍ A JMÉNO DÍTĚTE: | | ČÍSLO POJIŠTĚNCE: | | |
| | DŘÍVĚJŠÍ ÚČASTI na ozdravném pobytu (rok, místo): | | | | |
| | RODIČ (ZZ): | | TEL.: | | |
| | BYDLIŠTĚ (adresa, vč. PSČ): | | | | |
| | DNE: | | PODPIS zák. zást. | | |
| VÝSLEDEK lékařského vyšetření | NEMOCI A ÚMRTÍ V RODINĚ: | | | | |
| | PŘESTÁLÉ NEMOCI DÍTĚTE (zejména nemoci infekční – uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé): | | | | |
| | OČKOVÁNÍ PROTI: | | TE | v roce: | |
| | REAKCE: Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 537/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. | | | | |
| | VÁHA (kg): | | VÝŠKA (cm): | | |
| | Nynější zdravotní obtíže a rizika – alergická reakce na léky, současná léčba, případné laboratorní vyšetření uveďte v příloze apod. | | | | |
| Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění na ozdravném pobytu). | | | | | |
| STANOVISKO NAVRHUJÍCÍHO LÉKAŘE | | | STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE VoZP ČR | | |
| Dg.: | | Číslo dg.: | | | |
| Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat čtrnáctidenní ozdravný pobyt podle podmínek stanovených VoZP ČR a nemá žádnou stanovenou kontraindikaci k ozdravnému pobytu či některou obecnou kontraindikaci uvedenou v Indikačním seznamu lázeňské péče. | | | | | |
| DNE | | RAZÍTKO ZZ, JMENOVKA A PODPIS LÉKAŘE | | | |
| | | DNE | | | |
| | | RAZÍTKO A PODPIS REVIZ. LÉKAŘE | | | |