

POTVRZENÍ O ÚČASTI A EFEKTU LÉČBY

(pro pojištěnce ZP MV ČR)

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI

(VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Zdravotní pojišťovna: ZP MV ČR

2. INFORMACE O PZS

(VYPLNÍ PZS)

- praktický lékař pro dospělé
- praktický lékař pro děti a dorost
- ambulantní specialista – interní lékařství
- nutriční terapeut (nikoliv výživový poradce)

PZS:

Název:

IČ:

3. POTVRZENÍ O EFEKTU LÉČBY PO MIN. 16 TÝDNECH LÉČBY

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval léčbu a pravidelné kontroly

V období: od 2024 do 2024

Redukce hmotnosti a poskytnutá zdravotní péče je zdravotnickým pracovníkem zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci.

Potvrzujeme, že u pojištěnce

(zaškrtněte)

- byl BMI > 27 + komorbidita
 - dysglykemie, hypertenze, dyslipidemie, obstrukční spánková apnoe,
- byl BMI > 30
- byl BMI, u pojištěnců do 18 let dle percentilových grafů – nad hodnotou 97
- došlo ke snížení hmotnosti o 5 % a více z výchozí tělesné hmotnosti zjištěné při úvodní návštěvě u lékaře nebo nutričního terapeuta v roce 2024.

Datum, razítko a podpis PZS:

SOUHLAS SE ZASLÁNÍM DOTAZNÍKOVÉHO PRŮZKUMU (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Souhlasím se zasláním e-mailového dotazníku s obecnými otázkami, které souvisí s poskytováním zdravotní péče v průběhu výše uvedené léčby.

Datum a podpis pojištěnce: