



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

POTVRZENÍ O ÚČASTI

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚČASTI

Organizace:

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval

REKONDIČNÍ POBYT, SE ZDRAVOTNÍM PROGRAMEM V TRVÁNÍ ALESPŮŇ 3 DNY
(2 NOCI, A KTERÝ NENÍ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ) ANEBO

EDUKAČNĚ - MOTIVAČNÍ KURZ NEBO

TÁBOR PRO DĚTI S DIABETEM

Organizované členy Aliance pacientů s diabetem ČR, z.s.

Datum konání:

od

do

Datum úhrady:

Výše úhrady:

Kč

3. VYHODNOCENÍ EFEKTU

Obsah (náplň) edukačního (zdravotního) programu

Vyhodnocení selfmonitoringu po ukončení rekondičního pobytu po dobu 3 měsíců

ZHORŠENÍ V USPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C DO 53 MMOL/MOL)

ZHORŠENÍ DO NEUSPOKOJIVÉHO KOMPENZAČNÍHO ROZPĚTÍ (HBA1C NAD 53 MMOL/MOL)

BEZE ZMĚNY V USPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C DO 53 MMOL/MOL)

BEZE ZMĚNY V NEUSPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C NAD 53 MMOL/MOL)

ZLEPŠENÍ

Datum vydání:

Razítko organizace a podpis:

(V případě elektronického podpisu není vyžadováno razítko)