



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Podpora léčby
obezity

POTVRZENÍ O ÚČASTI A EFEKTU LÉČBY

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Zdravotní pojišťovna:

ZP MV ČR

2. INFORMACE O PZS

praktický lékař pro dospělé

praktický lékař pro děti a dorost

ambulantní specialista – interní lékařství

nutriční terapeut (nikoliv výživový poradce)

Název:

IČO:

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

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

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

V období:

od

2026

do

2026

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

Potvrzujeme, že došlo ke snížení hmotnosti o 10 % a více z výchozí tělesné hmotnosti zjištěné při úvodní návštěvě u lékaře nebo nutričního terapeuta v roce 2026.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - poskytovatel zdravotních služeb

Jméno a příjmení:

Datum a podpis:

Příspěvek je možné čerpat až po datu potvrzení formuláře. Platební doklad nesmí být datován před potvrzením formuláře.

SOUHLAS SE ZASLÁNÍM DOTAZNÍKOVÉHO PRŮZKUMU (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

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

Datum:

Podpis pojištěnce: