**ČÁST B**

**INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU POJIŠTĚNCE
(vyplní ošetřující lékař)**

**úDAJE O pojištěnci:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravotní indikace k vysokohorskému pobytu (zaškrtněte variantu):**

* recidivující katary horních cest dýchacích (dg. J31, J32, J35, J37, J38, J39),
	+ alergické rýmy prokázané alergologickým vyšetřením (dg. J30),

* + bronchitis recidivans (dg. J40, J41, J42),
	+ sinobronchitis (dg. J32,J40,J42),
	+ bronchitis asthmatica, dermorespirační syndromy, astma bronchiale (dg. J42, J44, J45).

**Anamnéza, objektivní nález** – četnost infektů, dispenzarizace u odborného lékaře, dosavadní terapie – popis pravidelné medikace - respirační, alergologická (podrobnější popis uveďte na zadní stranu tiskopisu, popř. přiložte další odborné zprávy):

**Nejsou mi známy obecné kontraindikace k absolvování vysokohorského ozdravného pobytu pojištěnce v délce trvání 14 nocí.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis ošetřujícího lékaře