

ŽÁDOST

O ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA VYSOKOHORSKÝ OZDRAVNÝ POBYT V ROCE 2026

(s doprovodem 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, TATRANSKÉ MATLIARE

DÍTĚ	PŘÍJMENÍ A JMÉNO DÍTĚTE:	ČÍSLO POJIŠTĚNCE:
	TERMÍN POBYTU: 19. 7. – 1. 8. 2026	
	POŽADOVANÉ NÁSTUPNÍ MÍSTO (označte správnou možnost): PRAHA OLOMOUC OSTRAVA VLASTNÍ DOPRAVA	
	* Pokud bude kapacita ozdravného pobytu již naplněna, může být dítě zařazeno jako NÁHRADNÍK..	

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE pojištěný u VoZP ČR	PŘÍJMENÍ A JMÉNO:	ČÍSLO POJIŠTĚNCE:
	ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: (ulice, č. p., PSČ, město)	
	TEL. DOPROVODU ZÁK. ZÁS.:	
	TEL. DRUHÉHO ZÁK. ZÁSTUPCE:	E-MAIL (čitelně):

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: <small>Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 537/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.</small>		
	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

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)

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		