ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR 211

POTVRZENÍ O ÚČASTI A EFEKTU LÉČBY
(PRO POJIŠTĚNCE ZP MV ČR)

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)**

PZS:	
Název:	
IČO:	

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 10 % 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 POJIŠTĚNEC)

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

Datum: Podpis pojištěnce: