



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211

Program prevence  
komplikací spojených  
s obezitou

## POTVRZENÍ O ÚČASTI A EFEKTU LÉČBY

### 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Zdravotní pojišťovna:

ZP MV ČR

### 2. INFORMACE O PZS

praktický lékař pro dospělé

ambulantní specialista – interní lékařství

praktický lékař pro děti a dorost

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

2025

do

2025

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 2025.

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 POJIŠTĚNĚC)

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

Datum:

Podpis pojištěnce: