

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ - EDUKAČNÍ POBYT PRO DIABETIKY

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚČASTI (VYPLNÍ POŘÁDAJÍCÍ ORGANIZACE)

Organizace:

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval

REKONDIČNÍ POBYT, SE ZDRAVOTNÍM PROGRAMEM V TRVÁNÍ ALESPŮŇ 3 DNY
(2 NOCI, A KTERÝ NENÍ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ)

EDUKAČNĚ - MOTIVAČNÍ PROJEKT PRO PACIENTY S DM, NEBO PACIENTSKÝ KONGRES S ODBORNÝM PROGRAMEM

TÁBOR PRO DĚTI S DIABETEM

Organizované členy Aliance pacientů s diabetem ČR, z.s.

Datum konání:

od

do

Datum úhrady:

Výše úhrady:

Kč

3. VYHODNOCENÍ EFEKTU

Obsah (náplň) edukačního (zdravotního) programu

Vyhodnocení selfmonitoringu po ukončení rekondičního pobytu po dobu 3 měsíců

ZHORŠENÍ V USPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C DO 53 MMOL/MOL)

ZHORŠENÍ DO NEUSPOKOJIVÉHO KOMPENZAČNÍHO ROZPĚTÍ (HBA1C NAD 53 MMOL/MOL)

BEZE ZMĚNY V USPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C DO 53 MMOL/MOL)

BEZE ZMĚNY V NEUSPOKOJIVÉM KOMPENZAČNÍM ROZPĚTÍ (HBA1C NAD 53 MMOL/MOL)

ZLEPŠENÍ

BEZ HODNOCENÍ (účast na podpořeném kongresu s edukačním programem)

Datum vyhodnocení:

O příspěvek je možné žádat do tří měsíců od data vyhodnocení.

Potvrzujeme, že částka za pobyt byla uhrazena v plné výši. Tento formulář nahrazuje platební doklad.

ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyžádat si originály platebních dokladů.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **organizace**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: