



LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO ÚČELY PŘIZNÁNÍ ZVLÁŠTNÍCH NEBO ZVÝŠENÝCH RODINNÝCH DÁVEK PRO ZDRAVOTNĚ
POSTIŽENÉ DĚTI

Nařízení 1408/71: článek 73; článek 74
Nařízení 574/72: článek 86; článek 88

A. Žádost o potvrzení

Vyplní instituce kompetentní pro přiznání dávek.

1.	<input type="checkbox"/> Zaměstnaná osoba	<input type="checkbox"/> Samostatně výdělečně činná osoba		
1.1	Příjmení ^(1a)			
1.2	Jméno	Dřívější příjmení ^(1a)	Místo narození ^(1b)	
1.3	Datum narození	Pohlaví	Státní příslušnost	Identifikační číslo/číslo pojištění ^(1c)
1.4	Adresa ⁽²⁾			

2.	Dítě, pro které se potvrzení žádá.			
2.1	Příjmení ^(1a)			
2.2	Křestní jména			
2.3	Místo narození ^(1b)	Datum narození	Pohlaví	Identifikační číslo/číslo pojištění ^(1c)
2.4	Adresa ⁽²⁾			

3.	Instituce, která je kompetentní pro přiznání dávek.			
3.1	Název			
3.2	Adresa ⁽²⁾			
3.3	Referenční číslo spisu			
3.4	Razítko	3.5 Datum	
		3.6 Podpis	

B. Potvrzení

Lékař určený institucí místa bydliště dítěte, které se podrobilo lékařské prohlídce, vyplní tuto a následující stránku a pošle je instituci uvedené v položce 3 výše. Přiloží všechny poslední podpůrné lékařské dokumenty (fotografie, rentgeny, výsledky lékařských prohlídek atd.) (*).

4.					
4.1	Stáří dítěte ke dni lékařské prohlídky:	let	měsíců		
	Váha dítěte:	kilogramů	gramů	výška:	centimetrů
4.2	Psychomotorická retardace				
	Retardace s přihlédnutím k normální úrovni pro stáří dítěte: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
	Pokud ano, prosím specifikujte				
4.3	Samostatnost				
	Je dítě schopno bez pomoci sedět?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Umí chodit?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
	Umí mluvit?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Umí se bez pomoci obléci?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
	Dokáže bez pomoci jíst?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Umí psát?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne ⁽³⁾	
			Udrží moč?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne ⁽³⁾	
4.4	Péče				
	Vynucuje si stav dítěte péči jiné osoby? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
	Trvalou péčí? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Denní, ne však trvalou péčí		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
	Nebo jiná opatření (prosím upřesnit):				
4.5	Druh hlavního zdravotního postižení				
	Je zdravotní postižení dítěte				
	smyslové:	vizuální			
		sluchové			
	motorické:			
	duševní:	duševní úroveň			
		chování			
	jiné postižení:				
4.6	Původ zdravotního postižení ⁽³⁾				
	— vrozená vada:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
	— nemoc:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
	datum počátku zdravotního postižení:	měsíc:	rok:		
	datum určení diagnózy:	měsíc:	rok:		
	datum zahájení léčby:	měsíc:	rok:		
	— úraz:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
	datum úrazu:				
4.7	Přidružená zdravotní postižení				
	Která?				
	Ostatní vady:				
4.8	Jiné údaje				
	Zdravotní postižení v rodině:				
	Již provedené další lékařské prohlídky:				
	(Kopie zpráv o lékařských prohlídkách by se měly přiložit, pokud jsou relevantní.)				

4.9 Léčení, včetně rehabilitace a léčebné terapie. Jaké formy léčení se aplikují?

.....

Od kdy?

Jaké formy léčení byly doporučeny?

— Operace:

.....

— Hospitalizace (v posledních 3 letech):

— Léčba doma (léky, ...): Od kdy?/...../.....

..... Od kdy?/...../.....

..... Od kdy?/...../.....

— Rehabilitace: Počátek Frekvence Kde?

Logopedie:

Fyzioterapie:

Profesní terapie:

(Psycho)terapie:

Raná domácí péče:

4.10 Výchovná a výcviková opatření

Jaké formy výchovy a výcviku se aplikují?

.....

Od kdy?

Jaká výchova a jaký výcvik byly doporučeny?

4.11 Prognóza

Rozved'te prosím:

.....

4.12 ICD (International Classification of Diseases – WHO) kód nemoci

4.13 Počátek nemoci

4.14 Datum příští kontroly

5.

5.1. Příjmení a jméno lékaře

5.2 Adresa (²)

.....

5.3 Datum

.....

5.4 Podpis

.....

INSTRUKCE

Vyplňte prosím tento formulář tiskacím písmem, pište jen na vytečkované linky. Formulář má čtyři stránky. Je nutné vyplnit všechny stránky, i když neobsahují žádné relevantní informace. Vyplní se v jazyce lékaře, který vydává potvrzení.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol státu, jehož instituce vyplňuje formulář: BE = Belgie; CZ = Česká Republika; DK = Dánsko; DE = Německo; EE = Estonsko; GR = Řecko; ES = Španělsko; FR = Francie; IE = Irsko; IT = Itálie; CY = Kypr; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Lucembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Nizozemsko; AT = Rakousko; PL = Polsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Finsko; SE = Švédsko; UK = Velká Británie; IS = Island; LI = Lichtenštejnsko; NO = Norsko; CH = Švýcarsko.
- (^{1a}) U španělských státních příslušníků uveďte obě rodná příjmení.
U portugalských státních příslušníků uveďte všechna jména (jméno, příjmení, dívčí jméno) v pořadí občanského stavu, v němž jsou v průkazu totožnosti nebo v cestovním pasu.
- (^{1b}) U portugalských okresů uveďte také farnost a obec.
- (^{1c}) Tam, kde má být formulář zaslán české instituci, uveďte rodné číslo, kyperské instituci, jestliže je to kyperský občan, uveďte kyperské identifikační číslo, jestliže to není kyperský občan, uveďte číslo cizineckého registračního oprávnění (ARC), dánské instituci, uveďte CPR číslo, pro finskou instituci uveďte číslo registru obyvatelstva (the population register number), pro švédskou instituci uveďte osobní číslo (personnummer), pro islandskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (kennitala), pro lichtenštejnskou instituci uveďte AHV číslo pojištěnce, pro litevskou instituci uveďte osobní identifikační číslo, pro lotyšskou instituci uveďte identifikační číslo státu, pro maďarskou instituci uveďte TAJ identifikační číslo sociálního pojištění, pro maltskou instituci v případě maltských občanů uveďte číslo identifikační karty, v případě, že není maltským občanem, uveďte maltské číslo sociálního pojištění; pro norskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (fødselsnummer); pro belgickou instituci uveďte číslo národního sociálního pojištění (NISS); pro německou instituci systému veřejného penzijního pojištění uveďte číslo pojištěnce (VSNR); pro španělskou instituci uveďte číslo zobrazené na národní identifikační kartě (DNI) nebo N.I.E v případě cizinců, a to i po vypršení data platnosti; pro polskou instituci uveďte čísla PESEL a NIP; pro portugalskou instituci uveďte také registrační číslo ve veřejném systému penzijního pojištění, jestliže je dotčená osoba pojištěna v systému sociálního zabezpečení pro státní úředníky v Portugalsku; pro slovenskou instituci uveďte rodné číslo; pro Slovinskou instituci uveďte osobní identifikační číslo (EMŠO) a daňové číslo, pro švýcarskou instituci uveďte číslo pojištěnce AVS/AI (AHV/IV). V jiných případech napište „Žádné“.
- (²) Ulice, číslo, poštovní směrovací číslo, město, stát.
- (³) Je zapotřebí vyplnit jen tehdy, když za přiznání rodinných dávek je odpovědná belgická nebo slovenská instituce.
- (⁴) Ve Slovinsku vyplní lékařská komise stanovená Ministerstvem práce, rodiny a sociálních věcí (Minister of Labour, Family and Social Affairs).
-