**lékařské Potvrzení**

**k posouzení a k přiložení k žádosti o poskytnutí nadačního příspěvku**

**ŽADATEL:** *(vyplní žadatel, popř. uživatel/příjemce nadačního příspěvku)*

Jméno a příjmení: Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Žádost o poskytnutí nadačního příspěvku ze dne:

**POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, KTERÝ POTVRZENÍ VYDÁVÁ:** *(vyplní poskytovatel zdravotních služeb)*

*Název, identifikace a adresa, odbornost ošetřujícího lékaře:*

Tímto potvrzuji, že výše uvedený žadatel, kterého mám ve své lékařské péči,

1. potřebuje ke své další léčbě tyto

(*zakroužkujte příslušnou volbu a. – f. a uveďte detailní specifikaci požadovaného):*

* 1. navazující zdravotní služby,
  2. léky,
  3. léčivé přípravky,
  4. kompenzační pomůcky,
  5. zdravotní pomůcky,
  6. jiné pomůcky – uveďte jaké:

nebo

1. je objednán na termín ……………………………………………………………………………………….. k

*(zakroužkujte příslušnou volbu a. – b. a uveďte detailní specifikaci požadovaného; v případě léčby pod bodem b. uveďte i v jakém zařízení má léčba proběhnout – označení a adresa):*

* 1. provedení lékařského výkonu,
  2. rehabilitační léčbě v příslušném zdravotnickém zařízení / rehabilitačním ústavu / sanatoriu / lázeňském domě

přičemž se jedná o

*(zakroužkujte příslušnou volbu 1 – 4, resp. příslušnou položku v rámci jednotlivých bodů 1 – 4)*

1. zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, nebo
2. lék, léčivý přípravek, biologickou léčbu předepsanou a indikovanou odborným lékařem, speciální pomůcky, speciální zdravotnický prostředek nehrazený/částečně hrazený/pouze jednorázově hrazený z veřejného zdravotního pojištění, nebo
3. inkontinenční pomůcky nad rámec poukázkového systému hrazeného ze strany zdravotní pojišťovny či Správy sociálního zabezpečení, nebo
4. speciální zdravotnický materiál indikovaný lékařem, specializovaným centrem typu Komplexní onkologické centrum, Komplexní kardiologické centrum apod.

Potvrzení se vydává na žádost žadatele pro účely posouzení jeho žádosti o poskytnutí nadačního příspěvku ze strany NADACE AGEL. Níže podepsaný lékař potvrzuje úplnost, správnost a pravdivost všech informací uvedených v tomto potvrzení.

V …………………..…………………….. dne ……………………………

Jméno, příjmení a podpis lékaře a razítko poskytovatele zdravotních služeb: …………………………………………………