

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

provedl  
díl B

Poř. č.

### POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Var. symbol		Ostatní diagnózy	

Odeslán ad:

Kód náhrady

Požadováno:

Poznámka:

razítko a podpis lékaře

Dne:

razítko a podpis

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14