

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí
na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Odeslán ad:		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

.....

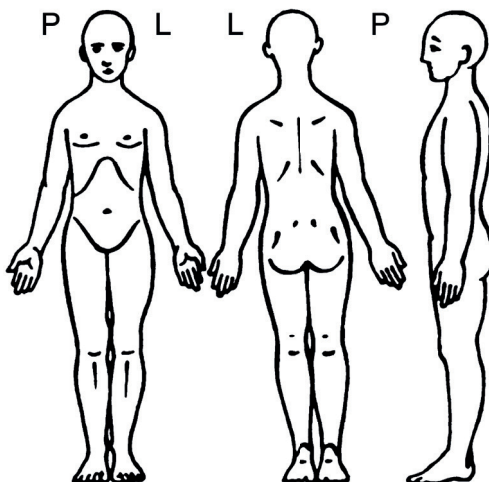
.....

.....

.....

.....

.....



Platnost poukazu je 7 dní!

IČP	
Odbornost	
Var. symbol	

Čís. dokladu	
Poř. č.	

provedl
díl B

	Datum	Kód	Poč.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			

	Datum	Kód	Poč.
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			

	Datum	Kód	Poč.
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			

Dne:

razítko a podpis