

Kód pojišťovny

--	--	--	--

požaduje
díl A

IČP

Odbornost

Datum

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

FT

Pacient

Č. pojištěnce

Variabilní symbol

Základní diagnóza

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

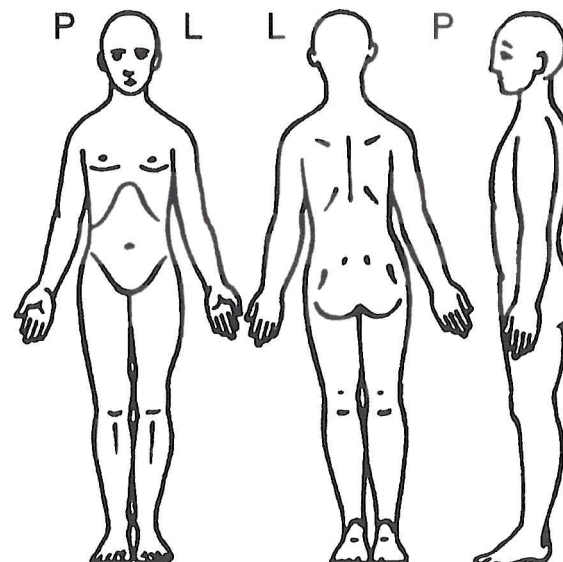
Rizika na straně pacienta, upozornění:

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

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--



Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Datum

Kód

Poč.

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

Datum

Kód

Poč.

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

Dne:

razítko a podpis