

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí
na adrese:

Odbornost

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

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

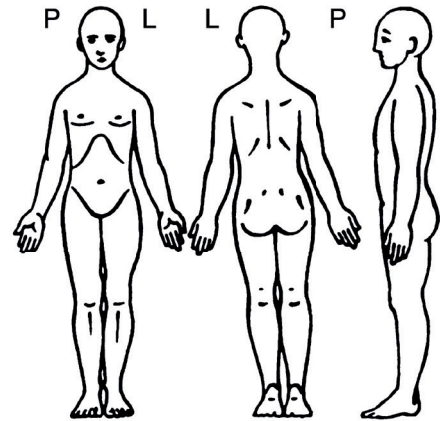
razítko a podpis požadujícího

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!

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

Datum

Kód

Poč.

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
36
37
38
39
40
41
42
43

Dne:

razítko a podpis