

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Čís. dokladu

Odbornost

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

VZP-06x/2009

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