

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP		Datum
Odbornost		

Pořadové číslo poukazu nepřerušené ORP:
--------------------------------------------

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **ORP**

Platnost do:
--------------

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

razítko a podpis požadujícího

Mobilita pacienta  plná  omezená  zcela imobilní

Smyslové omezení: .....

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob:

I.  II.  III.  IV.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu

plná  omezená  žádná

Údaje o současné medikaci, způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu: .....

Způsob podávání stravy / výživy: .....

Další informace: .....

Cíl předepsané ORP, kterého má být dosaženo: .....

**Požadováno:** (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni, frekvence v týdnu a délky trvání) 22:00 až 06:00 so, ne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

razítka a podpis