

# **Tiskopisy - smluvní zdravotnická zařízení**

(k metodice pro pořizování a předávání dokladů)

## **Doplněk č. 13 vzoru tiskopisů**

**Text na základě výsledků projednání se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb**

**Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR**  
Praha, červenec 2023  
(účinnost změn od 1. 10. 2023)

## **Obsah**

|                     |   |
|---------------------|---|
| Tiskopis 06dp.....  | 3 |
| Tiskopis 06ft ..... | 6 |
| Tiskopis 06k.....   | 7 |
| Tiskopis 06z.....   | 9 |

Předchozí verze tiskopisů lze, pokud jejich obsah není v rozporu s obecně závazným právním předpisem, používat až do vyčerpání zásob.

## Tiskopis 06dp

|  |                       |                          |              |   |
|--|-----------------------|--------------------------|--------------|---|
| <b>Kód pojišťovny</b>  | <b>požaduje dml A</b> | <b>IČP</b>               | <b>Datum</b> | <b>Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:</b> |
|  |                       | <b>Odbornost</b>         |              |   |
| <b>POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP</b>   |                       |                          |              | <b>Platnost do:</b>                           |
| <b>Pacient</b>   |                       |                          |              |   |
| <b>Č. pojištěnce</b>   |                       | <b>Základní diagnóza</b> |              |   |
| <b>Variabilní symbol</b>   |                       | <b>Ost. dg.</b>          |              |   |
| <b>Ad zařízení domácí péče:</b>  |                       | <b>Kód náhrady</b>       |              |   |
| .....<br>razítko a podpis požadujícího   |                       |                          |              |   |
| <b>Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:</b> .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Další příslušníci domácnosti na této adrese:</b> ano – ne   |                       |                          |              |   |
| <b>Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):</b> .....                                   |                       |                          |              |   |
| <b>Pacient v péči pečovatelské služby:</b> ano – ne  |                       |                          |              |   |
| <b>Mobilita pacienta:</b> a) plná<br>b) omezená: .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Smyslové omezení:</b> .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu:</b> a) plná<br>b) omezená: .....  |                       |                          |              |   |
| <b>Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:</b> .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):</b> .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:</b> .....   |                       |                          |              |   |
| <b>Požadováno:</b> (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu) |                       |                          |              |   |
| <input type="text"/>   | .....                 |                          |              |   |
| <input type="text"/>   | .....                 |                          |              |   |
| <input type="text"/>   | .....                 |                          |              |   |
| <input type="text"/>   | .....                 |                          |              |   |
| <input type="text"/>   | .....                 |                          |              |   |

IČP

Odbornost

Var. symbol

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 |  |  |  |

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl  
díl B

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

# POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ ~~DP~~

Tiskopis VZP-06dp/2009 je určen k vyžádání a předpisu domácí péče.

Kromě záhlaví dílu A požadující dále vyplní:

~~Ad zařízení domácí péče – název a adresa zařízení domácí péče, které má požadovanou péči poskytovat, eventuálně požadované či dohodnuté datum začátku péče.~~

~~Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP – vyplňuje se vzestupně od čísla 1. Číslem 1 se opatří každý první poukaz, i pokud nenavazuje poukaz další. Pořadové číslo poukazu umožňuje vystavením následujícího poukazu prodloužit, změnit, event. ukončit předcházejícím poukazem vyžádanou péči (bez nutnosti vyplňovat na následujícím formuláři již uvedené a nezměněné informace o pacientovi s výjimkou údajů v záhlaví dílu A dokladu). Nepřerušenou DP se rozumí péče vyžádaná poukazy, kdy následující poukaz je vystaven vždy nejpozději 1. den po skončení platnosti předchozího.~~

~~Následující poukaz ruší od data vystavení platnost poukazu předchozího a může být vystaven jen na základě nového lékařského vyšetření.~~

~~Platnost do – datum, do kterého je poukaz platný. Doba od data vystavení poukazu do vyplněného data platnosti nemá překročit 3 měsíce. V případě indikace ošetřujícím lékařem při hospitalizaci má poukaz platnost nejvýše 14 dnů po ukončení hospitalizace.~~

**Informace o pacientovi:**

~~Požadující vyplní všechny údaje potřebné pro kvalitní a účinné poskytování péče v domácím prostředí.~~

~~Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon – přesná adresa, na které má být péče poskytována, případně číslo telefonu.~~

~~Další příslušníci domácnosti na této adrese – zaškrtně se “ano”, pokud žije ve stejné domácnosti další osoba. Kontaktní osoba pro DP – jméno a příjmení kontaktní osoby, její vztah k pojištěnci, v případě místa bydliště odlišného od pojištěnceva i přesná adresa bydliště, případně číslo telefonu.~~

~~Pacient v péči pečovatelské služby – zaškrtně se “ano” či “ne”.~~

~~Mobilita pacienta – zaškrtně se “a” v případě mobilního pacienta, v případě pacienta s omezenou mobilitou se zaškrtně “b)”, které se doplní specifikací omezení mobility.~~

~~Smyslové omezení – v případě existence smyslového omezení se uvede, o jaké se jedná, jinak se uvede “není”.~~

~~Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu – zaškrtně se “a” v případě pacienta schopného sebeobsluhy, v případě pacienta s omezenou schopností sebeobsluhy se zaškrtně “b)”, které se doplní specifikací omezení.~~

~~Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety~~

~~Další informace – ostatní informace, které mohou ovlivnit poskytování vyžádané péče.~~

~~Cíl předepsané péče, kterého má být dosaženo – medicínské zdůvodnění a očekávaný efekt požadované péče.~~

~~Požadováno – do předtištěného rámečku se vyplní kód požadovaného výkonu, slovní specifikace požadavku, požadovaný počet v jednom dni a požadovaná frekvence v týdnu.~~

# Tiskopis 06ft

|                |                   |           |       |   |
|----------------|-------------------|-----------|-------|---|
| Kód pojišťovny | požaduje<br>díl A | IČP       | Datum | Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese: |
|                |                   | Odbornost |       |   |

**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT**

|                    |  |                   |  |
|--------------------|--|-------------------|--|
| Pacient            |  |                   |  |
| Č. pojištěnce      |  | Základní diagnóza |  |
| Variabilní symbol  |  | Ost. dg.          |  |
| <b>Odeslán ad:</b> |  | Kód náhrady       |  |

Lékařská kontrola dne: \_\_\_\_\_  
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. | Datum | Kód | Poč. |
| provedl<br>díl B |         |       |     |      |
| IČP              |         |       |     |      |
| Odbornost        |         |       |     |      |
| Var. symbol      |         |       |     |      |
| Datum            | Kód     | Poč.  |     |      |

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
| 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

# ~~POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ~~ **FT**

Tiskopis VZP-06ft/2009 je určen k předpisu fyzioterapeutické a ergoterapeutické péče.

Kromě záhlaví dílu A vyplní požadující dále tyto údaje:

~~Odeslán ad doporučené rehabilitační pracoviště, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadavku.~~

~~Stav vyžadující FT pro posouzení oprávněnosti indikace je rozhodující uvedení konkrétního stavu (nejčastěji specifikace poruchy funkce), který vyžaduje fyzioterapii nebo ergoterapii.~~

~~Cíl, kterého má být dosaženo lékařem očekávané cíle fyzioterapie (např. zvýšení stability stoje, úprava stereotypu pohybu, zvýšení síly svalové apod.)~~

~~Požadováno požadavek musí být vyplněn dle obecně uznávaných zásad fyzioterapie či ergoterapie.~~

~~Při předpisu fyzikálně léčebných procedur je pro úhradu pojišťovnou nezbytné uvést jednoznačnou specifikaci procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur. Při indikaci je pro úhradu pojišťovnou nezbytné uvést doporučený postup, který obsahuje nejméně specifikaci procedur – název, techniku, metodu, oblast těla nebo typ sestavy, místo aplikace.~~

~~V případech, kdy je vhodné uvést bližší specifikaci s ohledem na cíl, kterého má být dosaženo, jsou uvedeny i další požadované parametry.~~

~~Rizika na straně pacienta, upozornění pro ochranu pacienta i provádějícího musí předepisující uvést všechny relativní kontraindikace či další stavy zvyšující riziko vzniku komplikací, upozornit na nutnost kontroly krevního tlaku a pulsu a na nutnost přerušení fyzioterapie při překročení určitých hodnot, uvést umístění kovů v těle, kardiostimulátoru apod.~~

~~Dále případně upozorní na zvláštnosti profesionální nebo jiné, které mohou ovlivňovat způsob i cíl léčby. Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese uvede se adresa v případě, kdy je požadováno poskytnutí fyzioterapie v domácím prostředí pojištěnce.~~

~~Lékařská kontrola dne datum objednání k plánované kontrole lékařem.~~

## Tiskopis 06k

|   |                   |           |       |                  |
|---|-------------------|-----------|-------|------------------|
| Kód pojišťovny                                  | požaduje<br>díl A | IČP       | Datum | Čís. dokladu     |
|   |                   | Odbornost |       | provedl<br>díl B |
| <b>POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ</b>           |                   |           |       | <b>K</b>         |
| Pacient   |                   |           |       | Poř. č.          |
| Č. pojištěnce                                   | Základní diagnóza |           |       |                  |
| Var. symbol                                     | Ostatní diagnózy  |           |       |                  |
| <b>Odeslán ad:</b>                              |                   |           |       |                  |
| <b>Požadováno:</b>                              | Kód náhrady       |           |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Konsiliární vyšetření  |                   |           |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření .....        |                   |           |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Ošetření .....         |                   |           |       |                  |
| <b>Doporučeno:</b>                              |                   |           |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Převzetí do péče ..... |                   |           |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizace .....    |                   |           |       |                  |
| <b>Důvod požadavku (doporučení):</b>            |                   |           |       |                  |
|   |                   |           |       | Dne:             |
|   |                   |           |       | razítka a podpis |

**Poznámka:**

Závažná anamnestická data:

Výsledky provedených vyšetření:

Diferenciálně diagnostická rozvaha:

Současná léčba, medikace včetně dávkování:

Zapůjčená dokumentace:

VZP-06k/2009 2023

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis požadujícího

## ~~POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ~~

# K

~~Tiskopis VZP-06k/2009 je určen k vyžádání konziliárního vyšetření, vyšetření či ošetření specialistou a k doporučení převzetí do péče.~~

~~Kromě záhlaví dílu A požadující dále vyplní:~~

~~Odeslán ad — specifikace oboru, případně konkrétního pracoviště, pro které je poukaz určen, eventuálně požadované či dohodnuté datum k provedení požadavku.~~

~~Požadováno — křížkem v rámečku se označí příslušný požadavek, případně se slovy doplní jeho specifikace.~~

~~Doporučeno — křížkem v rámečku se označí příslušné doporučení, případně se slovy doplní jeho specifikace.~~

~~Důvod požadavku (doporučení) — medicínské zdůvodnění.~~



# Tiskopis 06z

|                |                   |           |       |                  |         |
|----------------|-------------------|-----------|-------|------------------|---------|
| Kód pojišťovny | požaduje<br>díl A | IČP       | Datum | Čís. dokladu     | Poř. č. |
|                |                   | Odbornost |       | provedl<br>díl B |         |

  

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ Z

|              |                  |  |                   |
|--------------|------------------|--|-------------------|
| Pacient      |                  |  |                   |
| Č. pojištění |                  |  | Základní diagnóza |
| Var. symbol  | Ostatní diagnózy |  |                   |

**Odeslán ad:** Kód náhrady

**Požadováno:**

RTG       CT       MR  
 nukleární medicína       US       .....

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření:

Speciální požadavek:

Klinická diagnóza (slovy):

Důvod požadavku, ev. užší otázka:

  

**Poznámka:**

Adresa pojišťovny (pro potřeby poskytovatele): .....

Poslední obdobné vyšetření: kdy .....

kde .....

provedený výkon .....

Zapůjčená obrazová dokumentace: ano - ne

Pacient chodí - nechodí: ..... Hmotnost a výška pacienta: ..... kg ..... cm

Alergie v anamnéze:

  

Další podstatná anamnestická data a výsledky dosavadních vyšetření,  
ev. další informace:

  

\_\_\_\_\_  
 razítko a podpis požadujícího

  

VZP-06z/2009 2023

~~POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ~~ Z

~~Tiskopis VZP 06z/2009 je určen k vyžádání komplementového vyšetření – vyšetření metodami radiodiagnostickými, ultrazvukem, magnetickou rezonancí, metodami nukleární medicíny apod.~~

~~Kromě záhlaví dílu A požadující dále vyplní:~~

~~**Odeslán ad** – specifikace oboru, případně konkrétního pracoviště, pro které je poukaz určen, eventuálně požadované či dohodnuté datum provedení požadovaného vyšetření.~~

~~**Požadováno** – křížkem v rámečku se označí příslušný předtištěný, případně slovy specifikovaný požadavek.~~

~~**Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření**~~

~~**Speciální požadavek**~~

~~**Klinická diagnóza (slovy)**~~

~~**Důvod požadavku, ev. užití otázka** – medicínské zdůvodnění.~~

~~V dalších informacích o pacientovi musí být upozorněno na přítomnost cizích předmětů, zejména kovových v těle pacienta.~~

**Účinnost změny: 1. 10. 2023**