

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP		Datum
Odbornost		

Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:

Platnost do:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Ad zařízení domácí péče:	Kód náhrady		

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):

Pacient v péči pečovatelské služby: ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná

b) omezená:

Smyslové omezení:

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná

b) omezená:

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

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):

Účel předepsané DP, kterého má být dosaženo:

Požadováno: (Konkrétní zdravotní výkony, slovní specifikace požadavku, doporučený počet konkrétních výkonů v jednom dni a požadovaná frekvence v týdnu. Nepovinné.)

--

--

--

--

--

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		
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:

razítko a podpis