

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí  
na adrese:

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:** .....

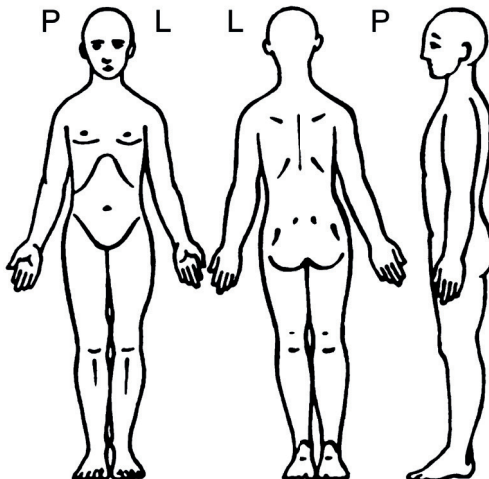
**Požadováno:** ( Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

.....

.....

.....

.....



\*Do 14 dní od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.

Platnost poukazu je 14 dní! \*

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:

razítko a podpis