

Platnost poukazu je 7 dní !

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

# POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Lékařská kontrola dne:

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 pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

