

Kód pojiškovny	požaduje díl A	IČZ	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:
		Odbornost		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Platnost do:

Pacient			
Č. pojistěnce		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.):

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojiškovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

IČZ

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

Datum

Kód

Poč.

Datum

Kód

Poč.

Dne:

razítko a podpis