

Platnost poukazu je 7 dní

Kód pojiškovny

požaduje
díl A

IČZ

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT na adrese:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Lékařská kontrola dne:

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

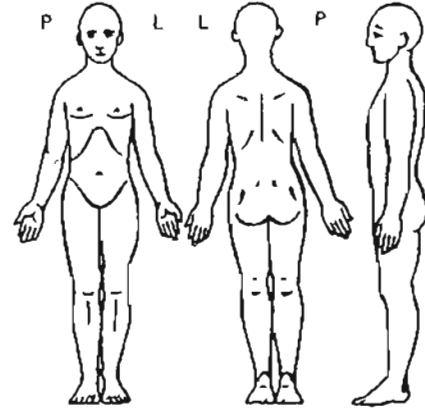
Upozornění pro poskytovatele:

Požadováno: (Pro úhradu pojiškovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

.....
.....

.....
.....

.....
.....



Čís. dokladu

provedl
díl B

Poř. č.

IČZ

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
36
37
38
39
40
41
42
43

Dne:

razítko a podpis