

Platnost poukazu je 7 dní.

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČZ

Odbornost

Datum

Lékařská kontrola dne:

### POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

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

razítko a podpis požadujícího

Požadováno poskytnutí FT na adrese: .....

Stav vyžadující FT: .....

Cíl, kterého má být dosaženo: .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Upozornění pro poskytovatele:**

(údaje o zdravotním stavu, které limitují aplikaci fyzioterapie)



