

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)



