

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČZ	Datum
		Odbornost	

Čís. dokladu	Poř. č.

**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ Z**

Pacient			
Č. pojištěnce	Základní diagnóza		
Variabilní symbol	Ost. dg.		
Odeslán ad:	Kód náhrady		

**Požadováno:**

<input type="checkbox"/> RTG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR
<input type="checkbox"/> nukleární medicína	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> .....

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření: <sup>1</sup>

Speciální požadavek:

Klinická diagnóza (slovy):

Důvod požadavku, ev. užší otázka:

IČZ			
Odbornost			
Var. symbol			
Datum	Kód	Poč.	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Dne:

  
  
  

razítko a podpis

**Poznámka:**

Adresa pojištěnce (pro potřeby poskytovatele): .....

Poslední obdobné vyšetření: kdy .....  
 kde .....  
 provedený výkon .....

Zapůjčená obrazová dokumentace: ano – ne

Pacient chodí – nechodí: ..... Hmotnost a výška pacienta: ..... kg ..... cm

Alergie v anamnéze:

Další podstatná anamnestická data a výsledky dosavadních vyšetření,  
 ev. další informace:

.....  
 razítko a podpis požadujícího