

Kód pojišťovny

--	--	--	--

**POUKAZ  
NA FONIATRICKOU POMŮCKU**

poř. č.

--	--	--

Skupina pomůcky **08**

Příjmení a jméno		INDIKAČNÍ SKUPINA	Kód	Max. úhrada	
Číslo pojištěnce	f.				
Bydliště (adresa)		ZNAČKA SLUCHADLA	Kód	Cena	
<input type="checkbox"/> I	hradí pojišťovna	PŘÍSLUŠENSTVÍ			
<input type="checkbox"/> C	spoluúčast pacienta				
<input type="checkbox"/> P	hradí pacient				
Dne:					
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Cena celkem			

**Prohlašuji, že**

- a) sluchadlo dostávám poprvé  
b) naposledy jsem sluchadlo dostal(a) v roce .....

\_\_\_\_\_  
podpis

**Potvrzuji, že mi bylo vydáno**

- a) sluchadlo  
b) příslušenství ke sluchadlu

Nehodící se škrtněte!

Dne:

\_\_\_\_\_  
podpis

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítko výdejce