Kód pojišťovny

POUKAZ NA FONIATRICKOU POMŮCKU

poř. č.

Skupina pomůcky **08**

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce f.

Bydliště (adresa)

I hradí pojišťovna

C spoluúčast pacienta

P hradí pacient

Dg.

Dne:

razítko zdrav. zařízení,
jmenovka a podpis lékaře

INDIKAČNÍ SKUPINA	Kód	Max. úhrada

ZNAČKA SLUCHADLA	Kód	Cena

PŘÍSLUŠENSTVÍ		
	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

VZP-14/2006

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítko výdejce