

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP Datum  
Odbornost

Pořadové číslo poukazu  
nepřerušené DP:

Platnost do:

### POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **DP**

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

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon: .....

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta): .....

Pacient v péči pečovatelské služby : ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná  
b) omezená: .....

Smyslové omezení: .....

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná  
b) omezená: .....

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety: .....

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.): .....

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo: .....

**Požadováno:** (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

.....

.....

.....

.....

.....

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl  
díl B

IČP
Odbornost
Var. symbol

	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.
1				36			71		
2				37			72		
3				38			73		
4				39			74		
5				40			75		
6				41			76		
7				42			77		
8				43			78		
9				44			79		
10				45			80		
11				46			81		
12				47			82		
13				48			83		
14				49			84		
15				50			85		
16				51			86		
17				52			87		
18				53			88		
19				54			89		
20				55			90		
21				56			91		
22				57			92		
23				58			93		
24				59			94		
25				60			95		
26				61			96		
27				62			97		
28				63			98		
29				64			99		
30				65					
31				66					
32				67					
33				68					
34				69					
35				70					

Dne:

razítko a podpis