

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí
na adrese:**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT**

Lékařská kontrola dne:

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Odeslán ad:

Kód náhrady

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Účel, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:**Požadováno:** (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl
důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

.....

.....

.....

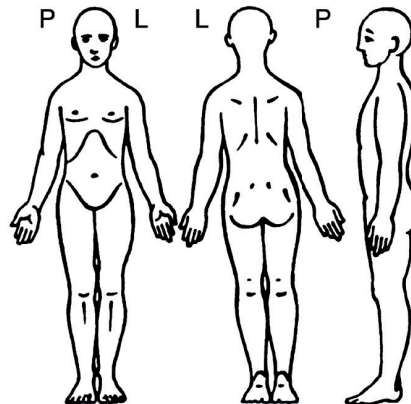
.....

.....

.....

.....

.....



Čís. dokladu

provedl
díl B

Poř. č.

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

Datum

Kód

Poč.

Datum

Kód

Poč.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
1112
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
2930
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

Dne:

razítko a podpis