

Kód pojišťovny	Požaduje díl A	IČP	Datum
		Odbornost	

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **FT**

Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Odeslán ad:		Kód náhrady	

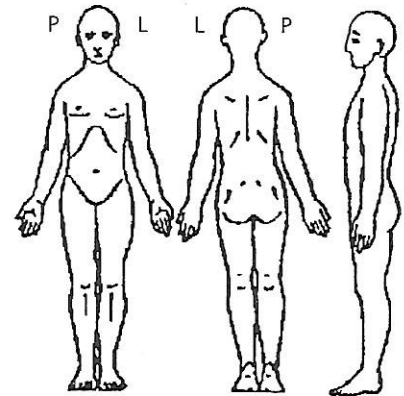
Razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur.



Číslo dokladu

Pořadové číslo

**Provedl
díl B**

IČP

Odbornost

Variabilní symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Datum

Kód

Poč.

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

Datum

Kód

Poč.

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

Dne:

Razítko a podpis