

Kód pojišťovny

**HLÁŠENÍ O ZASTUPOVÁNÍ LÉKAŘE****ZASTUPOVANÝ LÉKAŘ**

Jméno a příjmení:

přední \_\_\_\_\_

IČZ IČP 

Razítko:

Dne:

Podpis:

**ZASTUPOJÍCÍ LÉKAŘ**

Jméno a příjmení:

\_\_\_\_\_

IČZ  IČP 

Zastupování:

– ve dnech 
 – od   do     
           den    měsíc            den    měsíc    rok

Adresa ordinace:

(Uveďte v případě, nebude-li zastupování v ordinaci zastupovaného lékaře!)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dne:

Razítko a podpis:

VZP-85/1999

102 - Výtisk a dodávka: Expresitisk Trutnov, Husova 487, tel.: 499 816 517, fax: 499 814 761

zadní

**Pokyny pro vyplňování tiskopisu HLÁŠENÍ O ZASTUPOVÁNÍ LÉKAŘE**

Zastupovaný lékař nahlašuje pojišťovně zastupujícího lékaře pouze v případě, kdy zastupující lékař je z jiného zdravotnického zařízení (jiné IČZ).

Podle kap. II.1. Společné zásady Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR vyplní zastupovaný lékař Kód pojišťovny, IČZ a IČP své i zastupujícího lékaře. Dále uvede:

**Jméno a příjmení** – své i zastupujícího lékaře.

**Zastupování:** je možno uvést dvěma způsoby, které lze kombinovat:

– **ve dnech** – výčtem jednotlivých dnů zastupování. Např. zastupování v délce 4 dnů ve dnech 2., 8., 10. a 20. března 1999 se vypíše:

**ve dnech 2., 8., 10. a 20. 3. 1999**

– **od, do** – den, měsíc a rok počátku a konce zástupu. Např. zástup v délce 8 dnů ve dnech od 8. do 15. března 1999 se vypíše jako interval:

**od 8 3 do 15 3 1999**

**Adresa ordinace:** – vyplní se pouze v případě, že zastupování se uskuteční jinde než v ordinaci zastupovaného lékaře.

**Razítko, Dne:, Podpis:** – den vystavení, razítko a podpis zastupovaného lékaře.

**Dne:, Razítko a podpis:** – zastupujícího lékaře (uvede se pokud to jeden z lékařů nebo pojišťovna považují za potřebné).

*Pozn.: doklad se předává pojišťovně před uskutečněním plánovaného zástupu, nejpozději ve smluvně dohodnutém termínu pro vyúčtování dávek.*