

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum
		Odbornost	

Čís. dokladu	
provedl díl B	Poř. č.

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **Z**

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Var. symbol		Ostatní diagnózy	
Odeslán ad:		Kód náhrady	

Požadováno:

<input type="checkbox"/> RTG	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR
<input type="checkbox"/> nukleární medicína	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/>

Jednoznačná specifikace požadovaného vyšetření:

Speciální požadavek:

Klinická diagnóza (slovy):

Důvod požadavku, ev. užší otázka:

IČP		
Odbornost		
Var. symbol		
Datum	Kód	Poč.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Dne:

razítko a podpis

Poznámka:

Adresa pojištěnce (pro potřeby poskytovatele):

Poslední obdobné vyšetření: kdy
 kde
 provedený výkon

Zapůjčená obrazová dokumentace: ano - ne

Pacient chodí - nechodí: Hmotnost a výška pacienta: kg cm

Alergie v anamnéze:

Další podstatná anamnestická data a výsledky dosavadních vyšetření,
 ev. další informace: