přední

Kód pojišťovny

požaduje díl A

IČP | Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT na adrese:

Lékařská kontrola dne:

# POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient

Č. pojištěnce | Základní diagnóza

Variabilní symbol | Ost. dg.

Kód náhrady

**Odeslán ad:**

razítko a podpis požadujícího

Platnost poukazu je 7 dní!

Stav vyžadující FT: .....

Cíl, kterého má být dosaženo: .....

Upozornění pro poskytovatele: .....

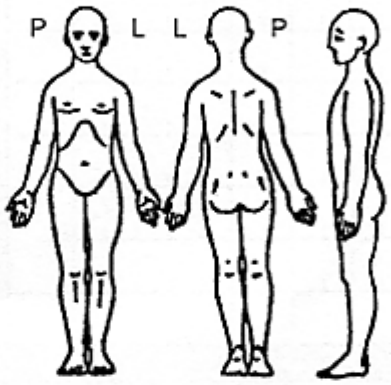
**Požadováno:** (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

.....

.....

.....

.....




19-Vytiskl a dodává: Expresťisk Trutnov; Husova 487, tel.: 499 816 517, fax: 499 814 761; expresťisk@volny.cz

zadní

Čís. dokladu

Poř. čís.

provedl díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

| Datum | Kód | Poč. |
|---|---|---|
| | | |

Dne:

razítko a podpis