

Kód pojišťovny

požaduje
část A

IČP

Datum

Pořadové číslo poukazu
nepřerušené DP:

Odbornost

Platnost do:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Ad zařízení domácí péče:

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon: _____

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta): _____

Pacient v péči pečovatelské služby : ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná

b) omezená: _____

Smyslové omezení: _____

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná

b) omezená: _____

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety: _____

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.): _____

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo: _____

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

IČP			Datum			Kód			Poč.		
1			36			71					
2			37			72					
3			38			73					
4			39			74					
5			40			75					
6			41			76					
7			42			77					
8			43			78					
9			44			79					
10			45			80					
11			46			81					
12			47			82					
13			48			83					
14			49			84					
15			50			85					
16			51			86					
17			52			87					
18			53			88					
19			54			89					
20			55			90					
21			56			91					
22			57			92					
23			58			93					
24			59			94					
25			60			95					
26			61			96					
27			62			97					
28			63			98					
29			64			99					
30			65								
31			66								
32			67								
33			68								
34			69								
35			70								

Dne:

razítko a podpis