

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

# FT

Lékařská kontrola dne:

Pacient			
Č. 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:** .....

**P o ž a d o v á n o :** (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

--

--

--

