

Platnost poukazu je 7 dní!

DITIS 115 006 145

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:

razítka a podpis požadujícího

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)

--

--

--

