

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP 1 1 1 1 1 1 1 1 Datum

9 9 9

Odbornost

Čís. dokladu

provedl
díl B

Poř. č.

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

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

Požadováno:**Poznámka:**_____
razítko a podpis lékaře

Dne:

razítko a podpis

IČP			
Odbornost			
Var. symbol			
Datum	Kód	Poč.	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			