

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

provedl
díl B

Poř. č.

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ**K**

Pacient

Č. pojistěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Odeslán ad:

Kód náhrady

Požadováno: Konsiliární vyšetření Vyšetření Ošetření**Doporučeno:** Převzetí do péče Hospitalizace**Důvod požadavku (doporučení):**

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

Dne:

razítko a podpis