

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP		Datum
Odbornost		

Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:
---

Platnost do:
--------------

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **DP**

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
<b>Ad zařízení domácí péče:</b>	Kód náhrady		

\_\_\_\_\_  
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 zdravotní pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

--

--

--

--

--

IČP		
Odbornost		
Var. symbol		
Datum	Kód	Poč.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Datum	Kód	Poč.
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

Čís. dokladu	
Poč. č.	

provedl  
díl B

Datum	Kód	Poč.
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		

Dne:

razítko a podpis