

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Čís. dokladu

Odbornost

Poř. č.

provedl  
díl B**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ****K**

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

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

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

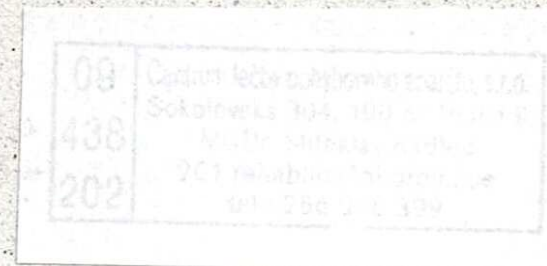
5

6

7

8

Dne:



razítko a podpis