Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP		Datum
		Odbornost		

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Odeslán ad:		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: .....

Cíl, kterého má být dosaženo: .....

Rizika na straně pacienta, upozornění: .....

Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

.....

.....

.....

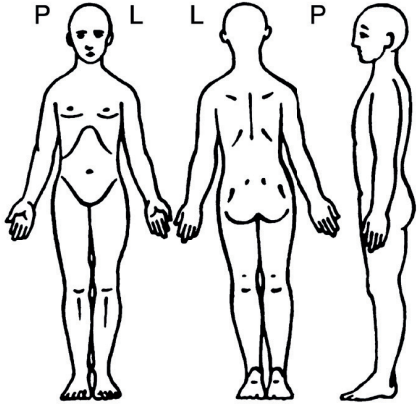
.....

.....

.....

.....

.....



Platnost poukazu je 14 dní ! *

*Do 14 dní od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.

Čís. dokladu	
Poř. č.	

provedl díl B

IČP	
Odbornost	
Var. symbol	

	Datum	Kód	Poč.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

	Datum	Kód	Poč.
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			

	Datum	Kód	Poč.
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			

Dne:

razítko a podpis

VZP-06ft/2025