

Kód pojišťovny	požaduje dl A	IČZ	Datum
		Odbornost	

Pořadové číslo poukazu
nepřerušené DP:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Platnost do:

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

Ad zařízení domácí péče:

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

--

--

--

--

--