

Kód pojiškovny

**požaduje  
díl A**

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

Poř. č.

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

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ostatní diagnózy

**Odeslán ad:**

Kód náhrady

**Požadováno:****Poznámka:**\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

Dne:

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14