

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.	
Ad zařízení domácí péče:		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 pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

.....

.....

.....

.....

.....