Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP		Datum
		Odbornost		

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Platnost poukazu je 14 dní! *

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

Odeslán ad:

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.)

.....

.....

.....

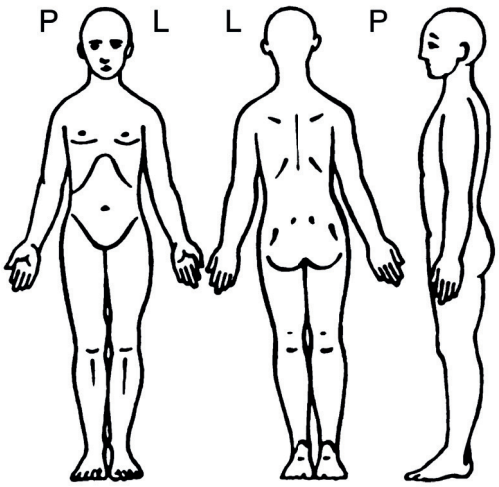
.....

.....

.....

.....

.....



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

VZP-06ft/2025

IČP	
Odbornost	
Var. symbol	

Čís. dokladu	
Poř. č.	

provedl díl B

	Datum	Kód	Poč.		Datum	Kód	Poč.		Datum	Kód	Poč.
1				36				71			
2				37				72			
3				38				73			
4				39				74			
5				40				75			
6				41				76			
7				42				77			
8				43				78			
9				44				79			
10				45				80			
11				46				81			
12				47				82			
13				48				83			
14				49				84			
15				50				85			
16				51				86			
17				52				87			
18				53				88			
19				54				89			
20				55				90			
21				56				91			
22				57				92			
23				58				93			
24				59				94			
25				60				95			
26				61				96			
27				62				97			
28				63				98			
29				64				99			
30				65							
31				66							
32				67							
33				68							
34				69							
35				70							

Dne:

razítko a podpis