

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

--	--	--	--	--

Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.	
Číslo pojištění	f.	oprava - úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná ¹⁾	
Bydliště (adresa)		²⁾ nehodící se škrtněte !			
		Sk	Kód	Počet	Cena
<input type="checkbox"/> I hradí VZP <input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta <input type="checkbox"/> P hradí pacient		Pomůcka trvalá / dočasná ¹⁾ ²⁾ nehodící se škrtněte ! Pomůcka dočasná na počet měsíců			
Dne:		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny		Datum:	
_____ razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře				_____ razítko výdejce	

1-021/11/0

Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno Tel.: 532 231 111

berle, agnacele, kompre omi pomůcky