

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

Poř. č.

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

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Var. symbol

Ostatní diagnózy

Kód náhrady

**Odeslán ad:****Požadováno:** Konsiliární vyšetření Vyšetření ..... Ošetření .....**Doporučeno:** Převzetí do péče ..... Hospitalizace .....**Důvod požadavku (doporučení):**

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1

2

3

4

5

6

7

8

Dne:

razítko a podpis

**Poznámka:**

Závažná anamnestická data:

Výsledky provedených vyšetření:

Diferenciálně diagnostická rozvaha:

Současná léčba, medikace včetně dávkování:

Zapůjčená dokumentace:

---

razítko a podpis požadujícího