

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 specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

.....

.....

.....

.....

.....