

Adresa: poliklinika Stomaped, Puškinova 63, Vyškov, 1.patro

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum
		Odbornost	

provedl díl B	Poř. č.
------------------	---------

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient	
Č. pojištěnce	Základní diagnóza
Var. symbol	Ostatní diagnózy
Odeslán ad:	Kód náhrady

Požadováno:

Poznámka:

razítko a podpis lékaře

Dne:

razítko a podpis

IČP	Kód	Poč.
Odbornost		
Var. Symbol		
Datum	Kód	Poč.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		