

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

provedl
díl B

Poř. č.

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Var. symbol		Ostatní diagnózy	

Prosím o vyloučení ložiska fokální infekce odontogenního původu

Pac. se základní dg.:

Plánovaný výkon/léčba:

Datum plánovaného výkonu:

Výkon lze odložit o: Roky Měsíce Dny

Rizikovitost základního onemocnění: Vysoká Střední Nízká

Podle příslušné tabulky
viz: www.fokusy.cz

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

_____razítko a podpis lékaře

Dne:

razítko a podpis