Lekársky poukaz

Zdravotná poisťovňa poistenca	Kód lekára
	BD * 3157851
Priezvisko a meno	Rodné číslo
Bydlisko	Dg.

Predpísaná pomôcka

Kód

Uhradí			
poisťovňa		poistenec	
euro	cent	euro	cent
Spolu			

Vydaná pomôcka

Kód

Odôvodnenie predpisu pomôcky:

Potreba pomôcky: trvalá ☐ dočasná ☐

Predpísal – dátum, pečiatka, podpis

Schválil – dátum, pečiatka, podpis

Vydal – dátum, pečiatka, podpis

Prijal dňa	Poradové číslo	Pripravil

Poukaz platí 1 mesiac odo dňa vystavenia!

Lekársky poukaz

Miesto pre podrobnejší opis zdravotníckej pomôcky na mieru:

Vyhlasujem, že:

a) zdravotnícku pomôcku dostávam po prvý raz, *)
b) zdravotnícku pomôcku som dostal/a naposledy, *) .....
c) požičanú pomôcku vrátim po vyliečení, *)
d) nemám nárok na úhradu zdravotníckej pomôcky, a preto si ju zaplatím. *)

Dátum: ..... Podpis poistenca: .....

Potvrdenie poistenca

Potvrdzujem prevzatie zdravotníckej pomôcky.

Dátum: ..... Podpis: .....

Záznamy zdravotnej poisťovne:

*) Nehodiace sa prečiarknite