

Cestovní příkaz nelze uhradit bez řádného vyplnění.

Odbornost indikujícího lékaře

Kód pojišťovny	IČP	IČP indikujícího lékaře	Odbornost	Čís. dokladu
213				
VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ soukromým vozidlem				Poř. č.
Pacient	Jméno + Příjmení	Čís. pojištění	Rodné číslo pojištěnce	
Trvalý pobyt: Adresa trvalého bydliště pojištěnce		Základní dg.	Kód diagnózy	
Odkud: Místo, odkud pojištěnec jede (adresa trvalého bydliště)		Ostatní dg.		
Kam: Místo, kam pojištěnec jede - adresa zdravotnického zařízení, nestačí uvést pouze město			Kód náhrady	
Důvod k transportu: Zdravotní důvody (zdůvodní lékař!)		Musí být uvedeno datum, jméno lékaře, zdravotnické zařízení včetně razítka a podpisu lékaře		
		datum, razítko a podpis lékaře		
soukromé vozidlo SPZ	Registrační značka vozidla	km - celkem		
Kód		Kč - celkem		

Pacient dává tímto plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci*:
Pacient prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba.

Rodné číslo osoby pověřené k zastupování a vyřizování žádosti
RČ:

Podpis pojištěnce
_____ podpis pacienta

Podpis pověřené osoby
_____ jméno a příjmení zmocněnce

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:
			_____ podpis

POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře
1 Datum návštěvy	Jméno lékaře Podpis Razítko zdravotnického zařízení		
2			
3			
4			
5		Lze zapsat pouze 10 návštěv, ne více!!!	

* Pokud pacient plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů neuděluje, řádky „RČ“ a „jméno a příjmení zmocněnce“ proškrtně.