

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU
Prvá kópia

Poukaz na zdravotnícku pomôcku		Kód Lekára	 AA0123456789	
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	Kód ZP:	
Bydlisko:		Diagnóza:		
Kód predpisanej pomôcky:		Hradí poist'ovňa poistenec		
Kód vydanej pomôcky:		Spolu		
Odôvodnenie predpisu:		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Potreba pomôcky:	TRVALÁ	DOČASNÁ	Vydal:	
Schválil:		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Dátum, odtlačok pečiatky a podpis revízneho lekára		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Prijal:	Poradové číslo:	Zhotovil:		
Dátum a podpis				

Poukaz platí 1 mesiac odo dňa vystavenia!