

Kód pojišťovny

IČP

Poř. č.

**POUKAZ
NA FONIATRICKOU POMŮCKU**

**Skupina
pomůcky 08**

Příjmení a jméno	INDIKAČNÍ SKUPINA	Kód	Max. úhrada
Číslo pojištěnce _____ f.			
Bydliště (adresa)	ZNAČKA SLUCHADLA	Kód	Úhrada
Dg. _____			
Výše a podmínky úhrady:	PŘÍSLUŠENSTVÍ		
Platnost poukazu prodloužena do:			
Dne:			
_____ razítko poskytovatele, jmenovka a podpis lékaře/předepisujícího			
		Doplatek pojištěnce	

Datum uplatnění:**Prohlašuji, že**

- a) sluchadlo dostávám poprvé
b) naposledy jsem sluchadlo dostal(a) v roce

podpis

Potvrzuji, že mi bylo vydáno

- a) sluchadlo
b) příslušenství ke sluchadlu

Nehodící se škrtněte!

Dne:

podpis

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Razítko výdejce

