

OZNÁMENÍ ÚHRADY ZA STOMATOLOGICKOU PÉČÍ ¹⁾ NEBO ZA PROSTŘEDKY ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY (PZT)

A. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události: _____

Rodné číslo: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Příjmení: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Jméno: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titul: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresa - ulice (místo), č. p: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Obec - dodací pošta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	PSČ: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Číslo pojistné smlouvy (pojistiky): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Uzavřené dne: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Sazba _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Datum poskytnutí stomatologické péče nebo úhrady nákladů za nákup či pronájem PZT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Důvod poskytnutí stomatologické péče nebo předepsání PZT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Částka platby za poskytnutou stomatologickou péči nebo za nákup či pronájem PZT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Datum úhrady účtu: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Pokud uplatňujete právo na plnění současně u jiné pojišťovny, uveďte u které a z jaké pojistné smlouvy (uveďte její číslo): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Peněžní ústav: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo účtu: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Kód banky: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Specifický symbol: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. Beru na vědomí, že se pojišťovna na úhradě odměny lékaři za vyplnění zprávy na tomto tiskopisu podílí částkou 50 Kč.

Datum: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Přílohy: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	V..... Místo Podpis pojištěného
--	--	-----------------	-----------------------------

B. ZPRÁVA LÉKAŘE

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný. Na základě Vámi vystaveného dokladu pojišťovna uhradí pojištěnému částku 50 Kč.

Datum poskytnutí stomatologické péče nebo předepsání PZT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Kód diagnózy podle MKN-10: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Důvod poskytnutí stomatologické péče nebo předepsání PZT: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Provedené úkony stomatologické péče nebo název PZT předepsaného v důsledku úrazu: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Částka platby za poskytnutou stomatologickou péči: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
z toho částka platby za materiál: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Jiná sdělení lékaře: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Obec - dodací pošta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	PSČ: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Název oddělení: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo oddělení: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Telefon včetně předvolby: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Peněžní ústav: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo účtu: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Kód banky: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Specifický symbol: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Datum: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	V..... Místo Razítko a podpis lékaře
--	-----------------	----------------------------------

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem.