

NÁVRH

zdravotnického zařízení na úhradu hemodialyzační léčby pojištěnce VZP ČR ve státech, s nimiž má ČR uzavřeny smlouvy o sociálním zabezpečení

*(Návrh prosím vyplňte čitelně - na počítači nebo strojem, příp. hůlkovým písmem.
Ve formuláři musí být vyplněny všechny požadované údaje)*

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Trvalé bydliště:

PSČ:

Zdravotnické zařízení v zahraničí, kde bude HD poskytnuta (název a adresa):

.....
.....

Stát:

Termín pobytu v zahraničí

Počet HD výkonů po dobu pobytu v zahraničí

Předpokládaná cena za 1 HD výkon

(v měně státu, v němž bude péče poskytnuta)

Navrhující zdravotnické zařízení v České republice

Datum:

Razítko navrhujícího ZZ a podpis navrhujícího lékaře