



## Potvrzení pobytu ve zdravotnickém zařízení

### A. Údaje o pojištěném dítěti (vyplňuje zákonný zástupce dítěte)

|                                    |                         |
|------------------------------------|-------------------------|
| Jméno a příjmení dítěte:           | Číslo pojistné smlouvy: |
| Adresa dítěte (ulice, místo, PSČ): |                         |

### B. Údaje o zák. zástupci pojištěného dítěte (vyplňuje zák. zástupce dítěte)

|   |
|---|
| Jméno a příjmení zák. zástupce dítěte:                      |
| Adresa (vyplňte jen tehdy, je-li odlišná od adresy dítěte): |

### C. Lékařská zpráva (vyplňuje lékař zdravotnického zařízení)

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Jméno pacienta:                | Rodné číslo:                                     |
| Den příjmu:                    | Den propuštění:                                  |
| Dny propustky:                 |  |
| Diagnóza:                      |  |
| Název zdravotnického zařízení: | Razítko a podpis lékaře zdravotnického zařízení: |
|                                | Datum vystavení:                                 |

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zák. zástupce dítěte \_\_\_\_\_

#### Upozornění:

**K tomuto formuláři přiložte, prosím, kopii dokladu o poskytnutí lůžkové péče (např. kopii propouštěcí zprávy).**