

POTVRZENÍ O STANOVENÍ DIAGNÓZY (VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ)

Jméno a Příjmení

Číslo pojištěnce / RČ

Potvrzuji, že byla u pojištěnce stanovena následující diagnóza a musí dodržovat bezlepkovou nebo nízkobílkovinnou dietu (zaškrtněte):

Celiakie

Fenylketonurie

Nemoc javorového sirupu

Homocystinurie

Isovalerová acidurie

Propionová a methylmalonová acidurie

Tyrosinémie

Glutarová acidurie typ 1

Poruchy cyklu močoviny

Datum vydání

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře