



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

POTVRZENÍ O ÚČASTI A EFEKTU LÉČBY (PRO POJIŠŤENCE ZP MV ČR)

1. INFORMACE O POJIŠŤENCI (VYPLNÍ POJIŠŤENEC)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

Zdravotní pojišťovna:

ZP MV ČR

2. INFORMACE O PZS

PZS:

Název:

IČO:

3. POTVRZENÍ O EFEKTU LÉČBY PO MIN. 16 TÝDNECH LÉČBY

Potvrzujeme, že pan/paní absolvoval léčbu a pravidelné kontroly

V období:

od

do

Potvrzujeme, že u pana / paní

byl BMI > 27 + komorbidita

dysglykemie, hypertenze, dyslipidemie, obstrukční spánková apnoe,

byl BMI > 30

došlo ke snížení hmotnosti o 5 % a více z výchozí tělesné hmotnosti zjištěné při návštěvě lékaře v roce 2024

Datum:

Razítko a podpis PZS: