



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Program podpory
chronicky nemocných

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ - TELEMONTORING

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Organizace:

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR byl zapojen do programu telemedicíny,
který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění:

Telemonitoring pro pojištěnce s podezřením na poruchy srdečního rytmu,
léčenou srdeční arytmií nebo vysokým krevním tlakem.

Telemonitoring pro pojištěnce se spánkovou apnoe.

V období:

od

do

Uhrazeno dne:

V částce:

Kč

Potvrzujeme, že částka za vyšetření byla uhrazena v plné výši. Tento formulář nahrazuje platební doklad. ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyžádat si originály platebních dokladů.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **poskytovatel zdravotních služeb**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: