



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Zdravotnické
prostředky

POTVRZENÍ O DIAGNÓZE

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O DIAGNÓZE CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Název:

IČO:

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211) má od

stanovenu následující diagnózu:

C00 - C97 Novotvary

E10 - E14 Diabetes mellitus - cukrovka

E66 Obezita

F84.0, F 84.1, F84.5 Poruchy autistického spektra

G35 Roztroušená skleróza

G 71.0 Svalová dystrofie

I10 - I15 Hypertenzní nemoci

J30 Vazomotorická a alergická rýma

J45 Astma

J40 - J47 Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí

K00 - K87 Nemoci trávicí soustavy

L20 - L30 Dermatitida a ekzém

L40 Lupénka (psoriáza)

L50 Kopřivka

N00 - N99 Nemoci močové soustavy

Nelze dopisovat jiné diagnózy. Jinak je formulář neplatný.

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

Jméno a příjmení:

Datum a podpis:

ZP MV ČR si plně uvědomuje administrativní náročnost činnosti lékařů. Potvrzením tohoto formuláře našemu pojištěnci pomáháte urychlit zpracování příspěvku z Fondu prevence, neboť diagnóza není dosud vykázána v informačním systému ZP MV ČR. Děkuje Vám.