

POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ VYŠETŘENÍ/OČKOVÁNÍ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O VYŠETŘENÍ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnické zařízení):

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval:

- ☐ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
- ☐ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU U NESMLUVNÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
- ☐ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU U GYNEKOLOGA
- ☐ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKU U NESMLUVNÍHO GYNEKOLOGA
- ☐ OČKOVÁNÍ PROTI MENINGOKOKOVÝM ONEMOCNĚNÍM – SKUPINY A, C, W, Y
- ☐ OČKOVÁNÍ PROTI MENINGOKOKOVÝM ONEMOCNĚNÍM – SKUPINA B
- ☐ OČKOVÁNÍ PROTI LIDSKÉMU PAPILOMAVIRU (HPV)
- ☐ OČKOVÁNÍ PROTI VIROVÉ HEPATITIDĚ A I B (PŘÍPADNĚ KOMBINOVANÁ VAKCÍNA)
- ☐ OČKOVÁNÍ PROTI MPOX (OPIČÍM NEŠTOVICÍM)
- ☐ K tomuto potvrzení přikládám negativní test na pohlavně přenosné choroby (HIV, hepatitida typu C, syfilis, kapavka, chlamydie), který není starší 3 měsíců k datu podání žádosti o příspěvek

Datum prohlídky/vyšetření/očkování:

Preventivní prohlídkou u praktického lékaře pro dospělé a u gynekologa se rozumí rozsah uvedený ve vyhlášce č. 70/2012 Sb.

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 prohlídka/vyšetření/očkování není dosud vykázáno v informačním systému ZP MV ČR. Příspěvky pomáhají zvyšovat motivaci pojištěnců k účasti na preventivních prohlídkách, screeningových programech a očkování. Děkujeme Vám.