



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzení odborného lékaře pro poskytnutí příspěvku ČPZP v rámci preventivního programu pro celiaky nebo pacienty s dědičnou metabolickou poruchou (DMP)

VYPLNÍ ZÁJEMCE O ZAPOJENÍ DO PROGRAMU PRO CELIAKY nebo DMP
(v případě dítěte vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo pojištěnce (rodné číslo):/.....

Adresa (ulice, město):

.....PSČ:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ ODBORNÝ LÉKAŘ

Potvrzuji, že výše uvedený pacient vykazuje diagnózu¹⁾:

- celiakie; bezlepková dieta je v jeho případě indikována
- dědičná metabolická porucha

V Dne

Razítko a podpis lékaře

¹⁾ křížkem označte správnou variantu