

## Potvrzení odborného lékaře o diagnóze celiakie



### POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzení odborného lékaře gastroenterologa pro poskytnutí příspěvku ČPZP v rámci preventivního programu pro celiaky.

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

Jméno a příjmení pojištěnce: .....

Číslo pojištěnce (rodné číslo): ...../.....

Adresa (ulice, město): .....

.....PSČ: .....

#### VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ GASTROENTEROLOG

Potvrzuji, že výše uvedený pacient vykazuje diagnózu celiakie, bezlepková dieta je v jeho případě indikována.

V ..... Dne .....

Razítko a podpis lékaře .....