

## Potvrzení lékaře o diagnóze hypertenze nebo hyperlipidemie



### POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzení lékaře pro poskytnutí příspěvku ČPZP v rámci preventivního programu pro diagnózu hypertenze nebo hyperlipidemie

VYPLNÍ ZÁJEMCE O ZAPOJENÍ DO PROGRAMU pro hypertoniky nebo hyperlipidemiky

Jméno a příjmení pojištěnce: .....

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

Adresa (ulice, město): .....

.....PSC: .....

VYPLNÍ LÉKAŘ

Potvrzuji, že výše uvedený pacient se léčí pro 1):

hypertenzi (nebo esenciální hypertenzi, hypertenzní nemoc srdce nebo ledvin, renovaskulární hypertenzi)

hyperlipidemií (hypercholesterolémií, dyslipidémií, hyperglyceridémií, zvýšenou hladinu tuků či cholesterolu)

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

Razítko a podpis lékaře .....

<sup>1)</sup> křížkem označte správnou variantu (popř. obě)