

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzení odborného lékaře pro odvykání kouření pro poskytnutí příspěvku ČPZP
v rámci preventivního programu Odvykání kouření.

VYPLNÍ ZÁJEMCE O ZAPOJENÍ DO PROGRAMU ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo pojištěnce (rodné číslo):/.....

Adresa (ulice, město):PSC:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Potvrzují, že výše uvedený pacient je v léčbě / absolvoval léčbu¹⁾ závislosti na tabáku.

¹⁾ nevhodící škrtněte

V

Dne

Razítko a podpis lékaře