

Potvrzení lékaře



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):

.....PSC:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ GASTROENTEROLOG

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

V

Dne

Razítko a podpis pojištěnce lékaře