



ČP ZDRAVÍ

Potvrzení pobytu v nemocnici

A. Vyplní pojištěný

Jméno, příjmení, titul:	Číslo pojistky:
Adresa:	

B. Vyplní nemocnice

Jméno pacienta:	Rodné číslo:	
Den příjmu:	Číslo příjmu:	Den propuštění:
Dny propustky:		
Vyplňte pouze v případě pojištění nadstandardního vybavení při pobytu v nemocnici (tarif 250):		
<i>Ubytování v</i>	<i>od – do (datum)</i>	<i>Další služby</i>
<input type="checkbox"/> <i>jednolůžkovém pokoji s koupelnou</i>		<input type="checkbox"/> <i>polohovatelná postel</i>
<input type="checkbox"/> <i>jednolůžkovém pokoji bez koupelny</i>		<input type="checkbox"/> <i>barevný televizor</i>
<input type="checkbox"/> <i>dvoulůžkovém pokoji s koupelnou</i>		<input type="checkbox"/> <i>radiopřijímač</i>
<input type="checkbox"/> <i>dvoulůžkovém pokoji bez koupelny</i>		<input type="checkbox"/> <i>telefon</i>
<input type="checkbox"/> <i>vícenůžkovém pokoji</i>		<input type="checkbox"/> <i>výběr ze dvou jídel</i>
Diagnóza:		
Název nemocnice:	Razítko nemocnice/lékaře:	
	Datum vystavení:	
Podpis pojištěného:	Podpis lékaře:	

Pokyny pro pojištěného: přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy a odešlete na níže uvedenou adresu.