

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, prosím, pouze v případě nadstandardního vybavení při pobytu v nemocnici – tarif 250:		
Ubytování v	od – do (datum)	Další služby
<input type="checkbox"/> jednolůžkovém pokoji s koupelnou	<input type="checkbox"/> polohovatelná postel
<input type="checkbox"/> jednolůžkovém pokoji bez koupelny	<input type="checkbox"/> barevný televizor
<input type="checkbox"/> dvoulůžkovém pokoji s koupelnou	<input type="checkbox"/> radiopřijímač
<input type="checkbox"/> dvoulůžkovém pokoji bez koupelny	<input type="checkbox"/> telefon
<input type="checkbox"/> vícelůžkovém pokoji	<input type="checkbox"/> výběr ze dvou jídel
Diagnóza:		
Název nemocnice:	Razítko nemocnice/lékaře:	
	Datum vystavení:	
Podpis pojištěného:	Podpis lékaře:	

Upozornění: přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.