

ADMINISTRATIVNÍ DOTAZNÍK PRO PACIENTY NASTUPUJÍCÍ

K HOSPITALIZACI

(vyplňte hůlkovým písmem)

Jméno a příjmení (vč. titulu,)

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště (vč. PSČ):

.....

Telefon:E-mail:.....

Číslo dokladu totožnosti:

Rozhodnutí o pracovní neschopnosti (zakroužkujte) - Nežádám - Žádám vystavit

Zaměstnavatel:

Adresa:.....

Zaměstnán/a jako:

Adresa bydliště, kde se budete nacházet v době „ Dočasné pracovní neschopnosti“

.....

.....

Typ důchodu (zakroužkujte) - starobní - částečný invalidní - plný invalidní

Jméno a adresa praktického lékaře:.....

.....

.....