

Potvrzení o hospitalizaci dítěte ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky dítěte



Pracoviště ÚSSZ (OSSZ, PSSZ, MSSZ Brno)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

☐

Opravné podání

A. Identifikace osoby

Příjmení

Jméno

Datum narození

Rodné číslo/EČP¹⁾

1) Není-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození

B. Kontaktní údaje

E-mailová adresa

Telefon

C. Potvrzení o hospitalizaci

Potvrzuji, že výše uvedené dítě bylo hospitalizováno ze zdravotních důvodů na straně dítěte nebo matky dítěte po dobu:

Od:

Do:

Od:

Do:

Od:

Do:

Od:

Do:

Od:

Do:

Od:

Do:

Vystaveno dne

D. Identifikace poskytovatele zdravotních služeb

Název poskytovatele zdravotních služeb

IČO

IČZ

IČPE

Jméno ošetřujícího lékaře

Razítko a podpis