

Kód pojišťovny

požaduje  
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Čís. dokladu

provedl  
díl B

Poř. č.

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Var. symbol

Ostatní diagnózy

**Odeslán ad:**

*Stomatochirurgie MDDr. Martin Poledna*

Kód náhrady

**Požadováno:**

**Poznámka:**

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

VZP-06x/2009

Dne:

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum

Kód

Poč.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14

Otočte na druhou stranu - kontaktní údaje



**POLEDNA  
STOMATOLOGIE**

# STOMATO CHIRURGIE

**MDDR. MARTIN POLEDNA**

ZUBNÍ LÉKAŘ A SPECIALISTA VE STOMATOCHIRURGII

RECEPCE: **725 797 197**

ORDINACE: BEZRUČOVA 106/23, 591 01 ŽĎÁR NAD SÁZAVOU

INFO@STOMATOLOGIEPOLEDNA.CZ [WWW.STOMATOLOGIEPOLEDNA.CZ](http://WWW.STOMATOLOGIEPOLEDNA.CZ)

