

Potvrzení odborného lékaře/odborného konzultanta (odvykání kouření)



POTVRZENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE/ODBORNÉHO KONZULTANTA

Potvrzení odborného lékaře/odborného konzultanta pro odvykání kouření pro poskytnutí příspěvku ČPZP v rámci preventivního programu Odvykání kouření.

VYPLNÍ ZÁJEMCE O ZAPOJENÍ DO PROGRAMU ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo pojištěnce (rodné číslo):

Adresa (ulice, město):PSČ:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ ODBORNÝ LÉKAŘ/ODBORNÝ KONZULTANT

Potvrzuji, že výše uvedený pacient je v léčbě / absolvoval léčbu¹⁾ závislosti na tabáku.

¹⁾ nehodící škrtněte

V

Dne

Razítko a podpis lékaře/odborného konzultanta