



Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna

## POTVRZENÍ LÉKAŘE

Potvrzení odborného lékaře pro poskytnutí příspěvku ČPZP v rámci preventivního programu pro celiaky nebo pacienty s dědičnou metabolickou poruchou (DMP)

**VYPLNÍ ZÁJEMCE O ZAPOJENÍ DO PROGRAMU PRO CELIAKY nebo DMP**  
(v případě dítěte vyplní zákonný zástupce)

Jméno a příjmení pojištěnce: .....

Číslo pojištěnce (rodné číslo): ...../.....

Adresa (ulice, město): .....

.....PSČ: .....

### VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ ODBORNÝ LÉKAŘ

Potvrzuji, že výše uvedený pacient vykazuje diagnózu<sup>1)</sup>:

- celiakie; bezlepková dieta je v jeho případě indikována
- dědičná metabolická porucha

V ..... Dne .....

Razítko a podpis lékaře .....

<sup>1)</sup> křížkem označte správnou variantu