

Potvrzení o trvání potřeby



☐ Ošetřování/péče

☐ Dlouhodobé péče

Pracoviště ÚSSZ (OSSZ, PSSZ, MSSZ Brno)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

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 trvání potřeby ošetřování/péče nebo dlouhodobé péče

Potřeba ošetřování/péče nebo dlouhodobé péče ke dni nadále trvá.

Datum příští lékařské kontroly:

Vyplňuje se pouze pokud jde o případ dlouhodobé péče

Vystaveno dne

D. Identifikace poskytovatele zdravotních služeb

Název poskytovatele zdravotních služeb

IČO IČZ IČPE

Jméno ošetřujícího lékaře

Razítko a podpis