

POTVRZENÍ O PROVEDENÍ EXTRAKCE

Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás požádat o vyplnění a podpis potvrzení, které je jako doklad o provedení extrakce (vytažení) dočasného zuby/zubů dětskému pacientovi, vyžadován ze strany zdravotních pojišťoven. Potvrzení se stane součástí zdravotnické dokumentace.

Pacient

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Číslo pojištění:

Označení extrahovaného zuby/zubů (vyplní zdravotnický pracovník)

Zákonný zástupce

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Potvrzují, že výše uvedenému pacientovi, byla provedena extrakce výše označeného zuby/zubů.

V dne

.....
podpis potvrzující osoby