

## 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 léčbu<sup>1)</sup> závislosti na tabáku.

<sup>1)</sup> nehodící škrtněte

V .....

Dne .....

Razítko a podpis lékaře/odborného konzultanta .....