

POTVRZENÍ LÉKAŘE O DIAGNÓZE K ŽÁDOSTI O PŘÍSPĚVEK NA SPECIÁLNÍ POTRAVINY PRO PACIENTY S DĚDIČNOU METABOLICKOU PORUCHOU

JMÉNO A PŘÍJMENÍ
ŽADATELE O PŘÍSPĚVEK:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ:

Potvrzuji, že výše jmenovaný pacient vykazuje diagnózu dědičná metabolická porucha

(E70.0 Klasická fenylketonurie, E70.1 Jiné hyperfenylalaninémie, E70.2 Poruchy metabolismu tyrosinu, E71.0 Nemoc javorového sirupu – Leucinóza, E71.1 Jiné poruchy metabolismu aminokyselin s rozvětveným řetězcem, E72.1 Poruchy metabolismu aminokyselin nesoucích síru, E72.2 Poruchy metabolismu cyklu močoviny, E72.3 Poruchy metabolismu lyzinu a hydroxylyzinu, E73.0 Vrozený nedostatek laktázy, K90.0 Celiakie).

V

DNE

Razítko a podpis lékaře