Poukaz na vyšetření / ošetření K

Kód poj.	IČP / Odbornost	Odděl.	Tel.	Datum
205	**05002070 / 704**	**OTNo**	**2682**	**02.10.2026**

Pacient: **Kučerová Nikol**

Č. pojištěnce:

Rodné číslo: **1158140808**

Telefon: **728967529**

Zákl. DG: L500

Ost.dg: ,

Odeslán ad:
alergologie

Požadováno:

Laskavě prosím alergologické vyšetření, kožní alergie na neznámou noxu, plně závislá na užívání Zodacu, příznaky bez terapie silně zhoršují pacientčino jiné onemocnění -vestibulární migréna.

Poznámka:

Čís. dokladu

Poř. č.

IČP:

Odbornost:

Var.symb.

Datum	Kód	Poč.

Dne: 02.10.2026 08:56

IČP 05 002 173

Fakultní nemocnice Motol a Homolka
pracoviště Motol
KLINIKA UŠNÍ, NOSNÍ, KRČNÍ 2. LF UK a FNMH
přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Čada
MUDr. Smolíková Karla
odb.: 704 tel.: 22443 2690
150 00 Praha 5, V Úvalu 84/
IČO: 00[illegible] DIČ: CZ00064203

1169/26

Razítko a podpis