



MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

VÝMENNÝ LIST – POUKAZ na očkovanie proti
ochoreniu COVID-19 pre
imunokompromitované osoby

PACIENT

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód zdravotnej poisťovne:

Diagnóza:

ÚDAJE O LEKÁROVI, KTORÝ POTVRDENIE VYSTAVIL

Meno:

Priezvisko:

Dátum:

Odtlačok pečiatky a podpis:



MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

VÝMENNÝ LIST – POUKAZ na očkovanie
proti ochoreniu COVID-19 pre
imunokompromitované osoby

PACIENT

Meno:

Priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód zdravotnej poisťovne:

Diagnóza:

ÚDAJE O LEKÁROVI, KTORÝ POTVRDENIE VYSTAVIL

Meno:

Priezvisko:

Dátum:

Odtlačok pečiatky a podpis: