

Platnost poukazu je 7 dní !

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP
Odbornost

Datum

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Lékařská kontrola dne:

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Odeslán ad:		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

2 1 0 0 1 KOMPLEXNÍ KINEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - 1x

2 1 2 2 1 INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE I. - 7x

2 1 4 1 5 MOBILIZACE PÁTERE A PERIFERNÍCH KLOUBU - 7x

2 1 2 2 5 INDIVIDUÁLNÍ KINEZIOTERAPIE II. - 7x

2 1 4 1 3 TECHNIKY MEKKÝCH TKÁNÍ - 7x

