

Platnost poukazu je 7 dní

Kód pojistovny	Požaduje díl A	ICP	Datum
		Odbornost	

Požadováno poskytnutí FT v demokracii prostřední na adrese:

Lékařská kontrola dne:

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Příjmení a jméno			
Číslo pojistěnce	Základní diagnóza		
Variabilní symbol	Ost. dg.	Kód náhrady	

Odeslán ad:

Razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: ..... závratě, funkční porucha hybných stereotypů C,Thp

Cíl, kterého má být dosaženo: ..... normalizace funkce vestibulárního aparátu a zlepšení hybnosti a hybných stereotypů obl. C, Thp

**Rizika na straně pacienta, upozornění:**

**Požadováno:** Pro úhradu pojistovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur.

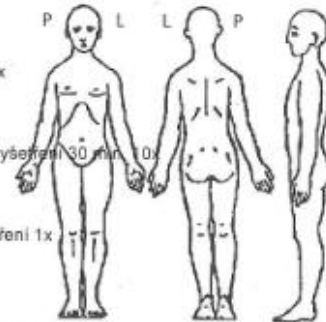
21413/2 MT-fasce a podkoží na obl. C,Thp, PIR m.HT, LSc, scal., perisc.a pv. sv. 30 min. 10x

21415 Mob. techniky CThp do latero, C23,56 do rot. vlevo, 15 min. 10x

21225/2 LTV-uvoln. a stabilizace C,Thp (automobil,cv,DNS) a reпозиční manévry otolitů dle vyšetření 30 min. 10x

21113 IF proudy 50/100 Hz,int. NS, desk. el.8x6 cm na Cp paravert. 15 min. 10x

21001/003 Komp. vstup. kineziolog. (vč. polohových testů na vestibul. aparát)/ kontrolní vyšetření 1x



10/66/2017

1/17

SEVT 24 001 505

