

|                |                           |           |       |
|----------------|---------------------------|-----------|-------|
| Kód pojišťovny | <b>Požaduje<br/>díl A</b> | IČP       | Datum |
|                |                           | Odbornost |       |

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

## POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **FT**

|                   |  |                   |  |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Příjmení a jméno  |  |                   |  |
| Číslo pojištěnce  |  | Základní diagnóza |  |
| Variabilní symbol |  | Ost. dg.          |  |
| Odeslán ad:       |  | Kód náhrady       |  |

Razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: ..... **bolest, omezení hybnosti, porucha hybných stereotypů C,Thp** .....

Cíl, kterého má být dosaženo: ..... **zmírnění bolesti, zlepšení postur. stability trupu a hybných stereotypů obl. C,Thp** .....

**Rizika na straně pacienta, upozornění:**

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

- 21413 MT-fascie a podkoží na obl. C,CThp a dolního hrudníku, PIR m.HT, LSc,  
scal. perisc. a pv svC,CThp. 15 min. 10x
- 21415 Mob. techniky CThp do latero, C23,56 do rot. vlevo, 15 min. 10x
- 21221 LTV na neurofyz. podkladě – stabilizace trupu v sagitále a zlepšení opory  
HKK,DKK (DNS) 45 min. 10x
- 21113 IF proudy 50/100 Hz,int. NS, desk. el.8x6 cm na Cp paravert. 15 min. 10x
- 21001/003 Kompl. vstup: kineziolog./ kontrolní vyšetření 1x

