Platnost poukazu je 7 dní!

Kód pojišťovny

Požaduje díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

10166/2017

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

Razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: bolest, omezení hybnosti, porucha hybných stereotypů L,LSp

Cíl, kterého má být dosaženo: zmírnění bolesti, zlepšení postur. stability trupu a hybných stereotypů obl. L,LSp

I/17

Rizika na straně pacienta, upozornění:

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

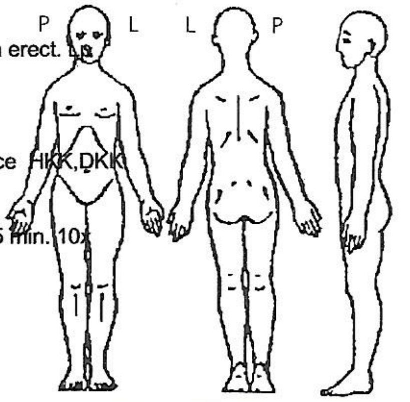
21413 MT – ošetř. fascií obl. dolního hrudníku L,LSp, PIR m. Quadr.l., piriformis, iliopsoas a erect. LS 15 min. 10x

21415 Mobil. techniky ThLp do rot., L3-4a LSp do antefl., SI skl a kyč.kl. 15 min. 10x

21221 LTV na neurofyz. podkladě – stabilizace trupu v sagitale a zlepšení opory a stabilizace HKK,DKK (DNS) 45 min. 10x

21113 IF proudy 50/100 Hz, deskové el. 8x6 cm na L,LS obl paravert., int. nadprah. senz. 15 min. 10x

21001/003 Kompl. kineziolog./ kontrolní vyšetření 1x



SEVT 24 001 505

24001505