

Platnost poukazu je 7 dní!

Kód pojistovny	Požaduje díl A	IČP	Datum
		Odbornost	

Požadovno poskytnutí FT v domácním prostředí na adrese:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ **FT**

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

Lékařská kontrola dne:

Razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: **bolest, omezení hybnosti TM kl.**

Cíl, kterého má být dosaženo: **zmírnění bolesti, zlepšení hybnosti TM kl.**

Rizika na straně pacienta, upozornění:

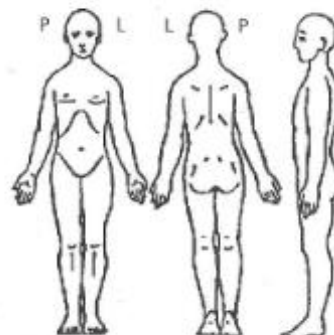
Požadováno: Pro úhradu pojistovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur.

21413 MT-fasce a podkoží na obl. hlavy a C, Thp, PIR žvýkacích sv., pterygoidei, suprahyoidní sv., mm-HT, LSc, SCM, scal. 15 min. 6x

21415 Mob. techniky TM kl, AO a CThp do laterofl., C23,56 do rot. vlevo. 15 min. 6x

21221 LTV na neurofyz. podkladě – stabilizace trupu v sagitale a zlepšení opory HKK, stabilizace TMkl., nácvik otvírání úst [DNS] 45 min. 6x

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



13166/2017

U17

SEVT 24-001 505

