

Kód pojišťovny	Požaduje díl A	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 Thp

Cíl, kterého má být dosaženo: zmírnění bolesti, zlepšení postur. stability trupu a hybných stereotypů obl. 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.Thp a dolního hrudníka, PIR m. scal., perisc.a pv
 sv Thp 15 min.10x
- 21415 Mob. techniky CThp do latero,Th 6-9 do retrofl. a mobil.h. žeber 15 min.10x
- 21221 LTV na neurofyz. podkladě – stabilizace trupu v sagitale a zlepšení opory
 HKK,DKK (DNS) 45 min. 10x
- 21113 IF proudy 50/100 Hz,int. NS, desk. el.8x6 na Thp paravert. 15 min. 10x
- 21001/003 Kompl. vstup.kineziol./ kontrolní vyšetření 1x

