

Kód pojišťovny	<b>Požaduje 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 oper. ramenního kloubu, nestabilita HK** .....

Cíl, kterého má být dosaženo: ..... **analgetizace, zlepšení hybnosti ramenního kloubu a stabilizace HK** .....

**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 Měkké techniky – release pector. fascie, ovlivnění bolest. bodů m. subscap.,  
infraspín., PIR mm. pector., infraspínat., HFL L/P 15 min. 10x
- 21415 Mobil. techniky- CThp do laterofl., horní žebra nadýcháním a mobil. lopatky oper.  
HK 15 min. 10x
- 21221 LTV na neurofyz. podkladě – stabilizace trupu v sagitale, opory HK a zlepšení  
rozsahu pohybu a stabilizace ramenn. kl. (DNS) 45 min. 10x
- 21113 Distanční elektroterapie VAS; I-72; bezkontaktní aplik. na ventr. str. oper. ramen.kl.  
15 min 10x
- 21001/003 Kompl. kineziolog./ kontrolní vyšetření 1x

