

**VYPLNÍ LÉKAŘ**

**PODPIS RODIČE**

Kód pojišťovny  
\_\_\_\_\_

**POUKAZ NA LÉČEBNOU  
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č. \_\_\_\_\_

Příjmení a jméno \_\_\_\_\_  
 Číslo pojištěnce \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_  
 Bydliště (adresa) \_\_\_\_\_

**DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY**  
 oprava — úprava pomůcky  
 Ev. č. \_\_\_\_\_  
 Pomůcka nová / <sup>\*)</sup>reparovaná  
<sup>\*)</sup>nehodící se škrtněte!

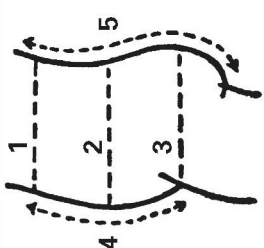
Vlastnictví pojišťovny: **ANO / NE\***  
 Dg. \_\_\_\_\_  
 Stupeň postižení inkontinence: III  
 Pomůcka trvalá / <sup>\*)</sup>dočasná  
<sup>\*)</sup>nehodící se škrtněte!

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5015179	3	
<b>ABENA SLIP PREMIUM JUNIOR XS2</b>			
Doplatek pojištění			

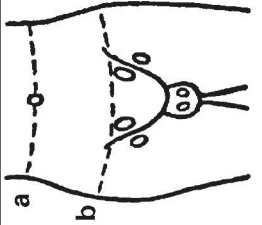
Dne: \_\_\_\_\_  
 Pomůcka dočasná na počet měsíců \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny  
 Datum uplatnění:  
 \_\_\_\_\_  
 razítko výdejce

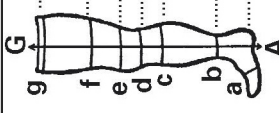
**Břišní pás**  
 pro ženu objem 1 ..... cm  
 pro muže objem 2 ..... cm  
 pro dítě objem 3 ..... cm  
 výška vpředu 4 ..... cm  
 výška vzadu 5 ..... cm  
**Míry se měří na nahém těle vstoje!**



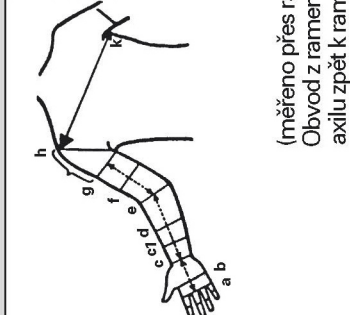
**Kýlní pás**  
 pravostranný — levostranný  
 oboustranný — pro kýly:  
 1. tříselní 2. šourkovou  
 3. stehenní 4. pupeční  
 Objemy: Velikost kýly:  
 a) .....cm .....cm  
 b) .....cm .....cm



**Gumové punčochy (kusů .....**)  
 Délky punčoch:  
 od A do G cm .....  
 od ..... do ..... cm .....  
 od ..... do ..... cm .....  
 od ..... do ..... cm .....  
**Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!**



**Pažní návlek**  
 palec .....  
 rukavice a ..... a-b .....  
 návlek b ..... a-c .....  
 c ..... a-c1 .....  
 d ..... a-d .....  
 e ..... a-e .....  
 f ..... e-f .....  
 g ..... e-g .....  
 h ..... e-g .....  
 (měřeno přes rameno)  
 Obvod z ramene přes  
 axilu zpět k rameni h-k-h .....



**Prohlašuji, že (nehodící se škrtněte!)**  
 a) pomůcku dostávám poprvé .....  
 b) naposledy jsem dostal pomůcku stejného typu v roce .....  
 c) naposledy jsem dostal pomůcku typu .....  
 v roce .....

Pomůcku převzal dne: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ podpis  
 \_\_\_\_\_ podpis

VAŠE ÚDAJE, KAM BUDEME PLENY ZASÍLAT  
 JMÉNO, ADRESA:.....  
 MOBIL/TEL:.....  
 EMAIL:.....

VYPLNĚNÝ POUKAZ VČETNĚ  
 KONTAKTNÍCH ÚDAJŮ ZAŠLETE  
 K NÁM NA ADRESU:  
 BamboEkoPleny  
 Novinářská 1113/3,  
 Ostrava, 70900