

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 / ^{*)}reparovaná
^{*)}nehodící se škrtněte!

Vlastnictví pojišťovny: **ANO / NE***

Stupeň postižení inkontinence: III

Dne:

Pomůcka trvalá / ^{*)}dočasná
^{*)}nehodící se škrtněte!

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5015179	7	
ABENA SLIP PREMIUM JUNIOR XS2			
Doplatek pojištění			

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum uplatnění:

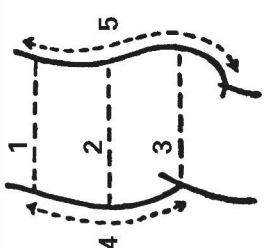
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

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!

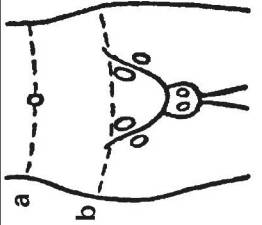


Kýlní pás

pravostranný — levostranný
oboustranný — pro kýly:

1. tříselní 2. šourkovou
3. stehenní 4. pupeční
Objemy: Velikost kýly:

a)cm
b)cm

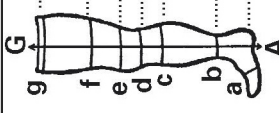


Gumové punčochy (kusů)

Délky punčoch:

od A do G cm
od do cm
od do cm
od do cm

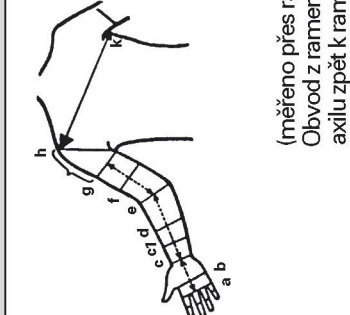
Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



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

VZP-13/2009

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