

**VYPLNÍ LÉKAŘ**

**PODPIS RODIČE**

Kód pojišťovny	<b>POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU</b>		př. č.
Příjmení a jméno	<b>DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY</b>		Ev. č.
Číslo pojištěnce	f.	oprava — úprava pomůcky	Pomůcka nová / <sup>*)</sup> reparovaná <sup>*)</sup> nehodící se škrtněte!
Bydliště (adresa)	Sk	Kód	Počet
Vlastnictví pojišťovny: <b>ANO / NE*</b>		5016714	30
Stupeň postižení inkontinence: III	<b>BAMBO DREAMY LARGE</b>		
Dne:	Doplatek pojištění		Úhrada
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 ..... a-b .....  
rukavice a ..... a-c .....  
návlek b ..... a-c1 .....  
c ..... a-d .....  
d ..... a-e .....  
e ..... e-f .....  
f ..... e-g .....  
g ..... e-g .....  
h .....  
h-k-h .....

(měřeno přes rameno)  
Obvod z ramene přes  
axilu zpět k rameni

**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