

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU  
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY

Ev. č.

Číslo pojistěnce

f.

oprava — úprava pomůcky

Pomůcka nová / repasovaná\*)  
\*) nehodící se škrtněte!

Bydliště (adresa)

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5011931	15	

Vlastnictví pojišťovny: **ANO / NE\***

Dg.

Stupeň postižení inkontinence: |||

Pomůcka trvalá / dočasná\*)  
\*) nehodící se škrtněte!

**BAMBO DREAMY LARGE, PRO CHLAPCE**

Dne:

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Doplatek pojistěnce

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 kýlu:

- tríselní
- šourkovou
- stehenní
- pupěční

Objemy:  
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 .....  
c1 ..... a-d .....  
d ..... a-e .....  
e ..... e-f .....  
f ..... e-g .....  
g ..... e-g .....  
h .....

(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 NĀM NA ADRESU:  
BamboEkoPleny  
Novinářská 1113/3,  
Ostrava, 70900