

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
	5011929	30	

Vlastnictví pojišťovny: **ANO** / NE*)

Dg.

Stupeň postižení inkontinence: |||

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

BAMBO DREAMY LARGE, PRO DÍVKY

Dne:

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Doplatek pojistěnce

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum uplatnění:

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

razítko výdejce

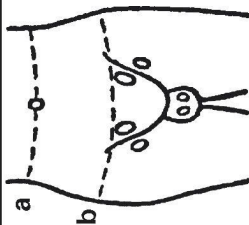
Břišní pás

- 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:
 - 1. tříselní
 - 2. šourkovou
 - 3. stehenní
 - 4. pupeční
- Objemy:
- a)cm
 - b)cm

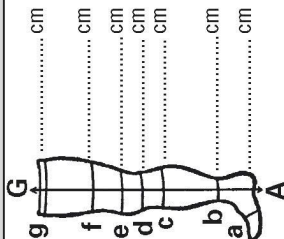


Gumové punčochy (kusů)

Délky punčoch:

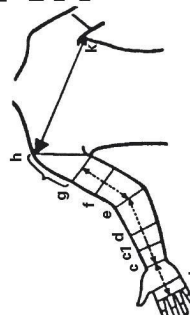
- od A do G cm
- od do cm
- od do cm
- od do cm

Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

- palec a-b
- rukavice a a-c
- návlek b a-c1
- c a-d
- c1 a-e
- d e-f
- e e-g
- 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

podpis

Pomůcku převzal dne:

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