

VYPLNÍ LÉKAŘ

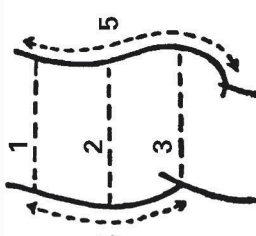
PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny	POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		př. č.
Příjmení a jméno	DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.
Číslo pojištěnce	f.	oprava — úprava pomůcky	Pomůcka nová / ^{*)} reparovaná
Bydliště (adresa)	*)nehodící se škrtněte!		
Vlastnictví pojišťovny: ANO / NE*	Dg.	Sk	Kód
Stupeň postižení inkontinence: III	Pomůcka trvalá / ^{*)} dočasná	Počet	Úhrada
Dne:	Pomůcka dočasná na počet měsíců	5016713	45
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		BAMBO DREAMY MEDIUM	
		Doplatek pojištěnce	
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

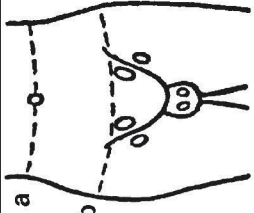
Míry se měří na nahém těle vstoje!



Kýlní pás

pravostranný — levostranný
 oboustranný — pro kýly:

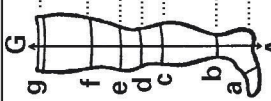
1. tříselní 2. šourkovou
 3. stehenní 4. pupeční
 Objemy: Velikost kýly:
 a)cm
 b)cm



Gumové punčochy (kusů)

Délky punčoch:
 od A do G cm
 od docm
 od docm
 od docm

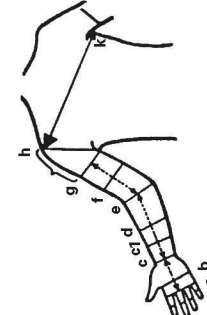
Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

palec
 rukavice a ab
 návlek b ac
 c ac1
 d ad
 e ae
 f ef
 g eg
 h eg

(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