

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

Bydliště (adresa)

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5011930	30	

Vlastnictví pojišťovny: ~~ANO~~ / NE^{*)}

Dg.

Stupeň postižení inkontinence: |||

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

BAMBO DREAMY MEDIUM, 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 NÁM NA ADRESU:
BamboEkoPleny
Novinářská 1113/3,
Ostrava, 70900