

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU  
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno

Číslo pojištění

f.

Bydliště (adresa)

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY

oprava — úprava pomůcky

Ev. č.

Pomůcka nová / ~~reparovaná~~  
\*) nehodící se škrtněte!

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

Dg.

Stupeň postižení inkontinence: III

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

Dne:

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Sk

Kód

Počet

Úhrada

5018436

7

BAMBO NATURE 7 XXXL

Doplatek pojištění

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 vstoj!

**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 .....  
od ..... do ..... cm .....

Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!

**Pažní návlek**

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

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