

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno

Číslo pojištění

f.

Bydliště (adresa)

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

Dg.

Stupeň postižení inkontinence: III

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

Dne:

Pomůcka dočasná na počet měsíců

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY

~~oprava~~ — úprava pomůcky

Ev. č.

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

Sk

Kód

Počet

Úhrada

5018437

16

BAMBO NATURE PANTS 8

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

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