

VYPLNÍ LÉKAŘ

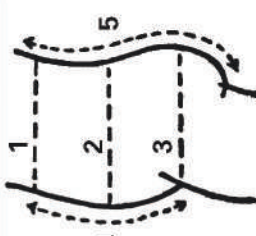
PODPIS RODIČE

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 / <i>repassovaná</i> ^{*)} ^{*)} nehodící se škrtněte!	
Bydliště (adresa)	Sk	Kód	Počet	Úhrada
Vlastnictví pojišťovny: ANG / NE*	Dg			
Stupeň postižení inkontinence:	Pomůcka trvalá / <i>dočasná</i> ^{*)} ^{*)} nehodící se škrtněte!		Doplatek pojištění	
Dne:	Pomůcka <i>dočasná</i> na počet měsíců		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny	
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře			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!

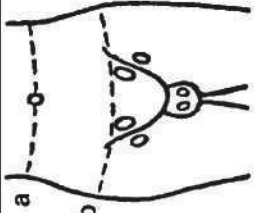


Kýlní pás

pravostranný — levostranný
 oboustranný — pro kýlu:

1. tříselní 2. šourkovou
 3. stehenní 4. pupeční
 Objemy: Velikost kýly:

a)cm
 b)cm

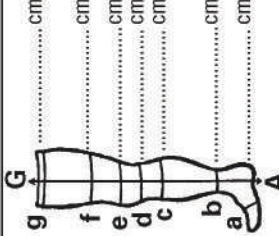


Gumové punčochy (kusů)

Délky punčoch:

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

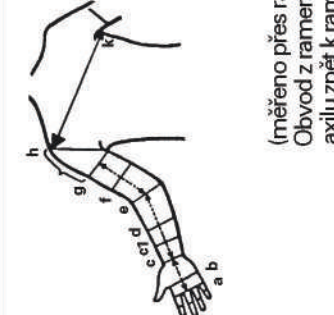
Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

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

Pomůcku převzal dne: _____ podpis _____

_____ podpis _____

VZP-13/2009

VAŠE ÚDAJE, KAM BUDEME PLENY ZASÍLAT

ADRESA:

MOBIL/TEL:

EMAIL:

VYPLNĚNÝ POUKAZ VČETNĚ
 KONTAKTNÍCH ÚDAJŮ ZAŠLETE
 K NÁM NA ADRESU:

BamboEkoPleny
 Novinářská 1113/3,
 Ostrava, 70900