

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

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 / repasovaná*
*)nehodící se škrtněte!

Sk

Kód

Počet

Úhrada

5015179

11

ABENA SLIP PREMIUM JUNIOR XS2

Doplatek pojištění

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum uplatnění:

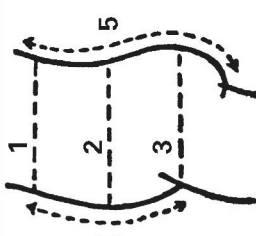
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

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

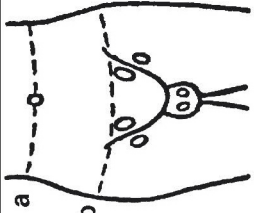
Míry se měří na nahém těle vstoje!



Kýlní pás

pravostranný — levostranný
oboustranný — pro kýly:

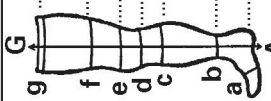
1. tříselní 2. šourkovou
3. stehenní 4. pupeční
Objemy: Velikost kýly:
a)cm
b)cm



Gumové punčochy (kusů)

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

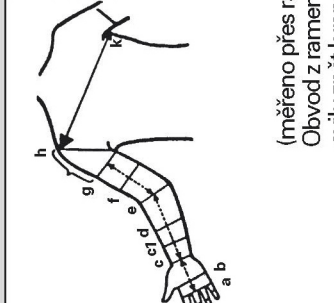
Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

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

JMÉNO, ADRESA:.....

MOBIL/TEL:.....

EMAIL:.....

VYPLNĚNÝ POUKAZ VČETNĚ
KONTAKTNÍCH ÚDAJŮ ZAŠLETE
K NÁM NA ADRESU:

BamboEkoPleny
Novinářská 1113/3,
Ostrava, 70900