

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č. _____

Příjmení a jméno _____ f.
Číslo pojistěnce _____
Bydliště (adresa) _____

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY
oprava — úprava pomůcky
Ev. č. _____
Pomůcka nová / repasovaná*)
*) nehodící se škrtněte!

Vlastnictví pojišťovny: **ANO / NE***
Dg. _____
Stupeň postižení inkontinence: III — Pomůcka trvalá / dočasná*)
*) nehodící se škrtněte!

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5011928	15	
BAMBO DREAMY MEDIUM, PRO DÍVKY			
Doplatek pojistěnce			

Dne: _____
Pomůcka dočasná na počet měsíců _____
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny _____
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
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

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