

VYPLNÍ LÉKAŘ

PODPIS RODIČE

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

poř. č.

Příjmení a jméno
Číslo pojistěnce f.
Bydliště (adresa)

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY
oprava — úprava pomůcky
Ev. č.
Pomůcka nová / ^{*)}reparovaná
^{*)}nehodící se škrtněte!

Vlastnictví pojišťovny: ~~ANO~~ / NE*)
Stupeň postižení inkontinence: III
Dne:

Sk	Kód	Počet	Úhrada
	5011924	6	
BAMBO NATURE 5 XL			
Doplatek pojištění			

Pomůcka trvalá / ^{*)}dočasná
^{*)}nehodící se škrtněte!
Pomůcka dočasná na počet měsíců

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny
Datum uplatnění:
razítko výdejce

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

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:

- tríselní
- šourkovou
- stehenní
- pupěční

Objemy:
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 NĀM NA ADRESU:
BamboEkoPleny
Novinářská 1113/3,
Ostrava, 70900