

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Odbornost

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ - DĚTI DO 18 MĚSÍCŮ

FT

Lékařská kontrola dne:

Pacient

Č. pojištěnce

Základní diagnóza

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad: RHB Institut sportovního lékařství

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

2 1 0 0 1

2 1 2 2 1

2 1 2 2 5

2 1 4 1 3

ILTV dle kineziologického rozboru 5x. TMT,
aktivace oslabených svalových skupin, stabilizační
cvičení, využití technik na neurofyziologickém podkladě