

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČP

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ 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

2 1 4 1 5

ILTV dle kineziologického rozboru 5x. TMT, mobilizace blokad, aktivace oslabených svalových skupin, stabilizační cvičení, využití technik na neurofyzilogickém podkladě
Případně doplnění fyzikální terapie dle indikace RHB lékaře

