

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

ILTV dle kineziologického rozboru 5-10 x. TMT, mobilizace blokad, aktivace oslabených svalových skupin, stabilizační cvičení, využití technik na neurofyziologickém podkladě

2 1 2 2 1

HILT laser, program dle diagnózy, aplikace 5-10x

2 1 2 2 5

Vysokovýkoný laser, program dle diagnózy, aplikace 5-10x

2 1 4 1 3

Elektroléčba - BCR, program dle diagnózy, aplikace 5-10x

2 1 4 1 5

Rázová vlna - program dle diagnózy, aplikace 3x

