Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP		Datum
		Odbornost		

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

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

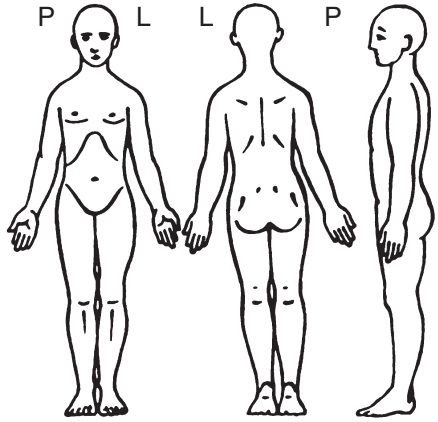
Stav vyžadující FT: .....

Cíl, kterého má být dosaženo: .....

Rizika na straně pacienta, upozornění: .....

Požadová no: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

21001	ILTV dle kineziologického rozboru s instruktáží rodičů do terapie 5x: TMT, handling, mobilizace blokád, aktivace oslabených svalových skupin, využití technik na neurofyziologickém podkladě
21221	
21225	
21413	
21415	



Vymazat | Uložit | Tisk

Platnost poukazu je 14 dnŤ. Objednání na tel. čísle: 734 681 126

Institut sportovního lékařství a.s., Karla Englige 3219/4, Praha 5 150 00, www.sportovnilekarstvi.cz