

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:

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

2 1 6 1 1

Individuální ergoterapeutická intervence dle ergoterapeutického vyšetření

2 1 6 2 1

TMT, mobilizace horní končetiny, aktivace oslabených svalových skupin

2 1 6 2 5

Cílená ergoterapie ruky, nácvik všedních denních činností (ADL)

2 1 6 3 1

Využití technik na neurofyziologickém podkladě

2 1 6 2 2

