Kód pojišťovny | požaduje díl A | IČP | Datum | Odbornost

Požadováno poskytnutí FT v domácním prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Platnost poukazu je 7 dní!

Pacient

Č. pojištěnce | Základní diagnóza

Variabilní symbol | Ost. dg.

Odeslán ad: | Kód náhrady

razítko a podpis požadujícího

stav po plastice LCA gen.I.

Stav vyžadující FT: .....

Cíl, kterého má být dosaženo: ...posílení svalů DKK, zvýšení rozsahu pohybu kloubu

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

P o ž a d o v á n o : (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

kineziologický rozbor + kontrolní

Kinezioterapie II.

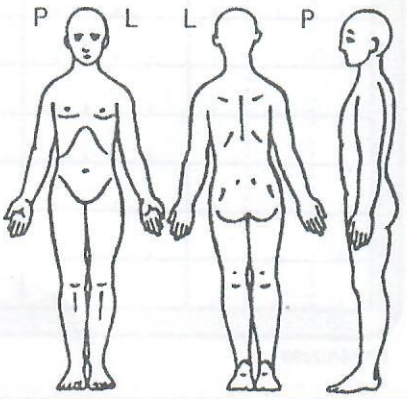
Kinezioterapie I.

TMT, péče o jizvu, PIR techniky

Mobilizační techniky

Magnetoterapie pulsní

vše 15x



DITIS 115 006 145 80

Dodává DITIS - spol. s r. o., Olšinkovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, tel., fax+záznam 465 524 091, 465 524 027, e-mail: ditis@ditis.cz, www.ditis.cz Tisk: KOVAŘÍK, Č. Třebová

Čís. dokladu | Poř. č.

provedl díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

	Datum	Kód	Poč.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			

	Datum	Kód	Poč.
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			

Dne:

razítko a podpis

ZP-06ft/2009