

Platnost poukazu je 7 dní !

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.	
Odeslán ad: hometherapy s.r.o.		Kód náhrady	

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)

1 0 10 x Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě

2 1 0 0 3 4 x Kontrolní kineziologické vyšetření

2 1 2 2 5 10 x LTV 30 min. Individuální kinezioterapie II.

2 1 7 1 7 10 x Návčik lokomoce a mobility

2 1 2 1 5 10 x LTV Instruktaž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků

2 1 4 1 3 10 x 30 min. Techniky měkkých tkání

