

Kód pojišťovny

**POUKAZ NA LÉČEBNOU
A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

VZOROVÝ POUKAZ

poř. č.

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

f.

Bydliště (adresa)

Vlastnictví pojišťovny: ANO/NE*)

Dg.

Stupeň postižení inkontinence:

I. stupeň

Pomůcka trvalá / dočasná*)

*)nehodící se škrtněte!

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Dne:

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY

oprava – úprava pomůcky

Ev. č.

Pomůcka nová / repasovaná*)

*)nehodící se škrtněte!

Sk

Kód

Počet

Cena

0 2 5

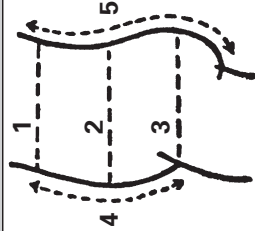
TENA Lady Slim Mini

Cena pomůcky

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum:

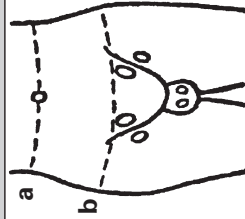
razítko výdejce



Břišní pás

- pro ženu objem 1 cm
 pro muže objem 2 cm
 pro dítě objem 3 cm
 výška vpředu 4 cm
 výška vzadu 5 cm

Míry se měří na nahém těle vstoje!



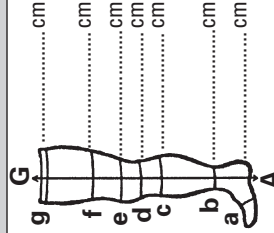
Kýlní pás

pravostranný — levostranný
 oboustranný — pro kýlu:

1. tříselní
2. šourkovou
3. stehenní
4. pupeční

Objemy: Velikost kýly:

- a)cm
 b)cm

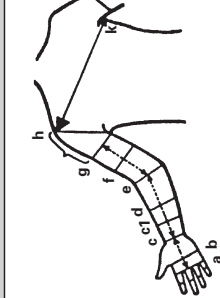


Gumové punčochy (kusů)

Délky punčoch:

- od **A** do **G** cm
 od do cm
 od do cm
 od do cm

Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

- palec
 rukavice a a-b
 návlek b a-c
 c a-c1
 c1 a-d
 d a-e
 e e-f
 f e-g
 g e-g

(měřeno přes rameno) h
 Obvod z ramene přes
 axilu zpět k rameni h-k-h

Prohlašuji, že (nehodící se škrtněte!)

- a) pomůcku dostávám poprvé
 b) naposledy jsem dostal pomůcku stejného typu v roce
 c) naposledy jsem dostal pomůcku typu
 v roce

Pomůcku převzal dne:

_____ podpis

_____ podpis