

Kód pojišťovny
2 0 9

požadující
díl

IČP 4 7 1 0 1 8 2 6 Datum
Odbornost 2 0 1 29 04 25

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí
na adrese:

Lékařská kontrola dne:

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient **A Toto není pacient**
Č. pojistěnce 0 0 0 1 0 1 1 0 1 0 Základní diagnóza A 0 1 2
Variabilní symbol Ost. dg. S 7 2 0 0 I 8 9 0
Odeslán ad: Rehabilitace Kód náhrady

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: **Lymfedém**

Cíl, kterého má být dosaženo: **Redukce otoku**

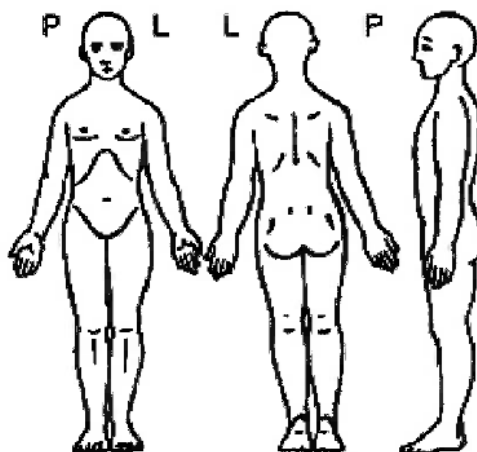
Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu zdravotní pojišťovnou je nezbytné, aby OL uvedl důvod požadavku a lokalizaci postižení pacienta.)

4 4 2 1 1 Manuální lymfodrenáž se zaměřením na obě DK (70 minut) poč.: 10x

4 4 2 1 3 Komorová tlaková léčba přístrojem Pneuven č. 8 (30 minut) poč.: 10x

4 4 2 5 3 Kompresivní léčba DK s otokem tlakovým obvazem (30 minut)



*Do 14 dní od vydání poukazu je pojištěnec povinen se objednat, aby mohl čerpat péči.