

Kód pojiškovny

1 1 1

požaduje  
díl A

IČP

4 7 2 6 5 0 0 1 Datum

Odbornost

0 0 1 0 3 1 2 1 6

Požadováno poskytnutí FT v domácím prostředí na adrese:

Lékařská kontrola dne:

### POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient Václav Keberdle

Č. pojištěnce

7 2 0 1 1 6 2 1 9 9

Základní diagnóza

M 5 1 1

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: LS sy iritace S1 vlevo

Cíl, kterého má být dosaženo: úprava sv.dysbalance

Rizika na straně pacienta, upozornění:

**Požadováno:** (Pro úhradu pojiškovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

2 1 1 1 3 TENS 100 Hz neurálně na koř.S1 vlevo 10x CV režim INS

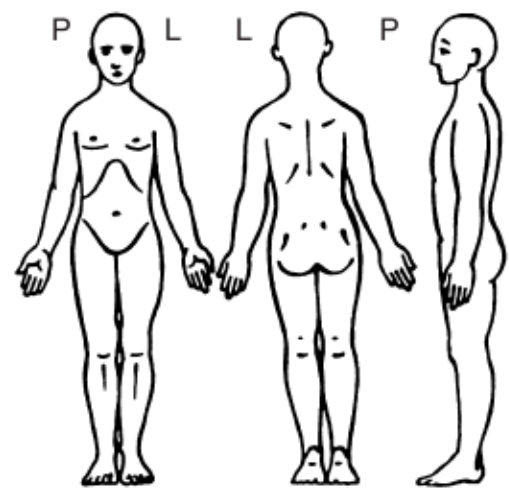
2 1 2 2 1 LTV pro LS,Mc Kenzie dle vyšetření 10x

2 1 4 1 3 manuální terapie, TMT,PIR svalová obl. Lp. a LDK 10x

2 1 4 1 5 mobilizace Th ,Lp, žeber 10x

2 1 2 1 5 LTV -instr. pro domácí cvičení, ergonomie prac.prostředí 2x

[ ]



Platnost poukazu je 7 dní!

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl  
díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.
1				36			71		
2				37			72		
3				38			73		
4				39			74		
5				40			75		
6				41			76		
7				42			77		
8				43			78		
9				44			79		
10				45			80		
11				46			81		
12				47			82		
13				48			83		
14				49			84		
15				50			85		
16				51			86		
17				52			87		
18				53			88		
19				54			89		
20				55			90		
21				56			91		
22				57			92		
23				58			93		
24				59			94		
25				60			95		
26				61			96		
27				62			97		
28				63			98		
29				64			99		
30				65					
31				66					
32				67					
33				68					
34				69					
35				70					

Dne:

razítko a podpis