

Kód pojišťovny

požaduje
díl A

IČZ

Datum

Odbornost

Požadováno poskytnutí FT na adrese:

Exté-stomatologické centrum Brno,
Mgr. Filip Mareš**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT**

Lékařská kontrola dne:

Pacient

Č. pojištění

Základní diagnóza

K 0 7 6

Variabilní symbol

Ost. dg.

Kód náhrady

Odeslán ad:

razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT:

Cíl, kterého má být dosaženo:

Upozornění pro poskytovatele:

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

2,1,2,2,1

ILTV na neurofyziologickém podkladě
dle kineziologického rozboru 8x

2,1,4,1,3

měkké techniky 8x

2,1,4,1,5

mobilizační techniky 8x

