



## POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ VYŠETŘENÍ U KLINICKÉHO LOGOPEDA

### 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

### 2. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB)

Poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnické zařízení):

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že paní/pan, pojištěnec ZP MV ČR byl vyšetřen u klinického logopeda, a to za účelem:

1. Diagnostiky přetrvávajících primárních reflexů, poruch sensorické integrace a provádění neurovývojové stimulace (NVS) s cílem včasného zachytu a předcházení prohlubování symptomatiky neurovývojových poruch (např. včasný zachyt poruch polykání či obtíží s krmením).
2. Screeningu neurovývojových poruch řeči, jazyka a komunikace u dětí (od 18 měsíců věku) a návrhu dalšího diagnostického a terapeutického postupu v případě pozitivního výsledku screeningu.
3. Konzultace ohledně stimulačního tréninku zaměřeného na zvyšování kognitivně-lingvistické rezervy (z důvodu subjektivních obtíží, které nebyly objektivizovány testováním nebo v případě potřeby před výkonem – zkouškou apod.) u dospělých klientů od 55 let.
4. Screeninového vyšetření kognitivně- komunikačních poruch u dospělých.
5. Konzultace ohledně podpůrných programů či aplikací vhodných k tréninku řečových, jazykových a kognitivně-lingvistických funkcí (Mentio, Mentem, Brain Jogging, aplikace na tablety...) u dospělých klientů.

V období:

od

do

Uhrazeno dne:

V částce:

Kč

Datum vydání:

Razítko organizace a podpis: