



POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ VYŠETŘENÍ U KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

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 psychologa, a to za účelem:

1. Prevence poruch kognitivních funkcí a paměti - vyšetření za účelem zjištění poruch paměti nebo kognitivních funkcí, cílené psychiatrické/psychologické vyšetření dotazníky – MMSE, AKT, MoCA (dospělí do 65 let).
2. Návštěva kurzu pro děti s ADHD apod., dyslektické nácviky, prevence neurotizace.
3. Skupinová forma nácviku asertivního chování (dospělí i děti).
4. Skupinová forma nácviku relaxačních dovedností jako prevence stresu (dospělí i děti).
5. Psychosomatická konzultace (dospělí i děti).
6. Párové konzultace (dospělí).

V období:

od

do

Uhrazeno dne:

V částce:

Kč

Datum vydání:

Razítko organizace a podpis: