

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ VYŠETŘENÍ U KLINICKÉHO LOGOPEDA

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:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR byl vyšetřen klinickým logopedem, a to za účelem:

Diagnostiky přetrvávajících primárních reflexů, poruch senzorycké 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).

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.

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 od 55 let.

Screeningu kognitivních a fatických poruch (orientační vyšetření; např. testy POBAV, ALBA, MAST.cz aj.).

Konzultace k podpůrným programům/aplikacím pro trénink řeči, jazyka a kognice (např. Mentio, Mentem, aplikace na tablet).

Pojištěnci byly doporučeny následující pomůcky:

Orofaciální logopedické pomůcky pro děti s diagnózami týkajícími se orofaciální oblasti (kousátka, dechové pomůcky, grabbery, logovibrátory,...)

Orofaciální logopedické pomůcky pro dospělé s diagnózami týkajícími se orofaciální oblasti (ora-light lžičky, dechové pomůcky, speciální ergonomické hrnky apod.)

Pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci (AAK) u dětí i dospělých s těžkými poruchami komunikace.

Preventivní online konzultace poskytnutá klinickým logopedem – např. logopedická pohotovost (rozbor videa, dotazníku, online konzultace, doporučení předané v rámci aplikace) – formulář potvrzuje poskytovatel služby.

Potvrzujeme, že klient navštěvuje hrazenou logopedickou terapii.

V období:

od

do

Uhrazeno dne:

Celkový počet realizovaných vyšetření:

V částce:

Kč

Potvrzujeme, že částka za vyšetření byla uhrazena v plné výši. Tento formulář nahrazuje platební doklad. ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyžádat si originály platebních dokladů.

Výše příspěvku ZP MV ČR činí za jedno vyšetření maximálně 500 Kč.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - poskytovatel zdravotních služeb

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: