

Jméno : Telefon : Email :

Odběratel: IČO : DIČ :

Tel./Fax: Email :

Instrukce: Míry mějte ráno na končetině bez otoku a ve stoje. Pro uzavřenou špičku změřte chodidlo včetně prstů, pro otevřenou pouze od místa, kde vyrůstají prsty. **Míry uvádějte v cm.**

Výška sedové části

cT
 cH

Popis objednávky

Druh výrobku (léčebné pomůcky)

Velikost: Levá délka Pravá délka

Mat. provedení :

Kompresivní třída :

Barva výrobku :

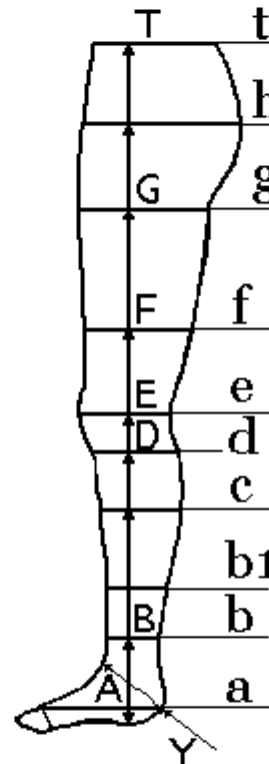
Počet kusu :

Typ špičky :

Kód VZP : Úhrada VZP :

Konečná cena s DPH :

	levá	pravá
A-T	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-H	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-G	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-E	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-D	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-B	<input type="text"/>	<input type="text"/>
délka chodidla	<input type="text"/>	<input type="text"/>



	levá	pravá
g	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a	<input type="text"/>	<input type="text"/>
y	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Individuálně zhotovené kompresivní punčochy jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, pokud je poukaz na zdravotní pomůcku potvrzen revizním lékařem a je uveden správný kód pojišťovny (ZP). Nutno připojit kopii poukazu na zdravotní pomůcku.

UPOZORNĚNÍ: Nutno uvést všechny příslušné obvodové a délkové míry v cm. Za případné chyby ve vyplněných údajích ručí odběratel. Individuálně zhotovené kompresivní punčochy nelze vyměňovat.

Odběratel : Datum : Podpis : Razítko :