

## POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ VYŠETŘENÍ U KLINICKÉHO LOGOPEDA

## 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

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 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).

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 klientů od 55 let.

Screeningového vyšetření kognitivně- komunikačních poruch u dospělých.

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.

Screeningového vyšetření poruch kognitivních funkcí (POBAV, ALBA)

Pojištěnci byly doporučeny následující pomůcky:

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

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

Pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci (AAK) u dětí i dospělých s těžkými vadami

V období:

od

do

Uhrazeno dne:

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.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **poskytovatel zdravotních služeb**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: