

## 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 (ora-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:

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 400 Kč.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - poskytovatel zdravotních služeb

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: