



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Program podpory
duševního zdraví

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:

IČO:

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

prevence poruch kognitivních funkcí a paměti - použití testů za účelem vyšetření
poruch paměti a kognitivních funkcí

kurz pro děti s ADHD apod., dyslektické nácviky, prevence neurotizace (děti)

skupinová forma nácviku asertivního chování (dospělí i děti)

skupinová forma nácviku relaxačních dovedností jako prevence stresu (dospělí i děti)

konzultace psychosomatických obtíží (dospělí i děti)

párové konzultace (dospělí)

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: