



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:

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: