



Cenník služieb – balík VIP

impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 1. blok	250 EUR / od 90 až 120 min.
impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 2. blok	220 EUR / od 90 až 120 min.
impedančná terapia podľa rehabilitačného plánu 3. blok	150 EUR / od 90 až 120 min.
konzultácia ohľadom regeneračných postupov- osobne lekárom	50 EUR / každá začatá polhodina
manažment pacienta v zdravotnej starostlivosti	50 EUR / každá začatá polhodina
lekárske konzílium	50 EUR
vypracovanie medicínskej správy	V cene
predpis a dodanie liečiv	V cene
objednanie MR vyšetrenia pri zaradení do impedančnej terapie	V cene
porovnanie MR vyšetrení rádiológmi s medicínskym nálezom	100 EUR
3D vizualizácia podľa dát magnetickej rezonancie alebo CT	40 EUR / každá začatá hodina
3D farebná tlač prachová podľa vytvoreného dátového modelu	6 EUR / 1 cm ³
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm ³
fyzioterapeutické služby vrátane konzultácie	60 EUR / 60 min.
komparatívna správa	200 Eur
meranie laktátu jednorázové	10 EUR / odber
meranie laktátu záťažové	35 EUR / 5 odberov
prezentácia metódy impedančnej terapie mimo pracoviska	50 EUR / hodina
cestovné náklady do 50km	0,50 EUR / km
cestovné náklady do 150km	1 EUR / km

Pokuty

neinformovanie Poskytovateľa o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	250 EUR
neúčast' na vopred dohodnutom termíne poskytovania regeneračných služieb bez jeho predchádzajúceho zrušenia najmenej 5 hodín vopred	100 EUR

Zľavy

pri pravidelnej terapii podľa regeneračného plánu v 1. bloku	
4-6 terapií	1 000 EUR / mesiac
7-9 terapií	1 300 EUR / mesiac
maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenia)	1 399 EUR / mesiac
pri podpise Zmluvy o poskytovaní služieb Vám uplatníme zľavu	10%
pri vyradení pacienta z rehabilitačného plánu na základe exklúzných kritérií Vám uplatníme zľavu na poslednú vystavenú faktúru	50%

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. marca 2019.

Cenník je určený pre klientov od 18 do 65 rokov vrátane.

Poskytovateľ: Klinika impedančnej terapie s.r.o.

Svojím podpisom vyhlasujem a potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s výškou odplaty za služby poskytované Poskytovateľom v zmysle Zmluvy o poskytovaní medicínskych služieb.

V.....dňa.....

.....
Pacient

