



## Cenník služieb – balík Public

paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 1. blok (4-6 terapií)	750 EUR / v poradí 1. mesiac 650 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 2. blok (3-5 terapií)	550 EUR / každý ďalší mesiac
paušálna platba podľa rehabilitačného plánu 3. blok (3-5 terapií)	450 EUR / každý ďalší mesiac
každá ďalšia terapia nad rámec paušálu	125 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
vypracovanie medicínskej správy	V cene
predpis liečiv	V cene
objednanie MR vyšetrenia pri zaradení do impedančnej terapie	V cene
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 <sup>3</sup>
3D farebná tlač plastová podľa vytvoreného dátového modelu	4 EUR / 1 cm <sup>3</sup>
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 48 hodín vopred	100 EUR

### Zľavy

maximálna suma za poskytnuté služby (neplatí pre služby poskytované tretími stranami, napr. MRI, odbery, iné vyšetrenia)	999 EUR / mesiac
pri podpise Zmluvy o poskytovaní služieb Vám uplatníme zľavu	5%
pri vyradení pacienta z rehabilitačného plánu na základe exklúzyvnych kritérií Vám uplatníme zľavu na poslednú vystavenú faktúru	50%

Zľavy je možné kombinovať.

Cenník platný od 1. marca 2019.

Cenník je určený pre klientov do 18 rokov a nad 65 rokov.

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

