proLékaře.cz | 22.11.2026

DYSFAGIE U DĚTÍ

PEDIATRIC DYSPHAGIA

PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D.[1]

[1] FN v Motole, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, Klinická logopedie

lucie.durdilova@gmail.com

Abstrakt

Níže uvedený text velmi obecně seznamuje s tématem poruch polykání v dětském věku neboli dětskou dysfagií. Text je ryze základního informačního charakteru, nejedná se o vědeckou analýzu aktuálních poznatků. Je určen nejen klinickým logopedům, ale i dalším spolupracujícím odbornostem. V neposlední řadě pak směřuje k samotným rodičům dětí s poruchami polykání.

Klíčová slova

Poruchy polykání, dysfagie, poruchy krmení, dětský věk

Summary

The text below represents the topic of swallowing disorders in children (or pediatric dysphagia) on very general level. This text provides the basic information only, it is not conceived as a professional analysis of current knowledges. It`s designed not only for clinical speech therapists, but for the other cooperating experts. Last but not least for whom the text is intended are parents of children with swallowing disorders.

KeyWords

Swallowing Disorders, Dysphagia, Feeding Disorders, Child Age

Úvod

Poruchy polykání v dětském věku neboli dětské dysfagie se objevují u dítěte buď již od počátku jeho vývoje, nebo je dítě získává v průběhu života. Získané dysfagie se nejčastěji pojí s narušeným vývojem, úrazem, onemocněním dítěte. Poruchy polykání v dětském věku obvykle souvisí s poruchami příjmu potravy ve smyslu obtížného krmení. U dítěte, které odmítá stravu určité konzistence, chuti, teploty apod., se ale podle objektivních vyšetření nemusí vyskytovat přímo porucha polykání.

Příjem potravy a její zpracování je složitý proces sestávající se z mnoha komponentů, které musí být v souhře (např. centrální nervová soustava, dýchání, gastrointestinální trakt). Proto i péče o dětské pacienty s poruchami polykání či příjmem potravy je záležitostí víceoborovou, kdy by mělo docházet ke spolupráci jednotlivých odborností. K hlavním členům týmu zabezpečujícího péči o dítě s dysfagií patří zejména lékař, klinický logoped, nutricionista/nutriční terapeut, fyzioterapeut. Specializace spolupracujících lékařů se vždy odvíjí od konkrétního pacienta, nejčastěji se jedná o pediatra či přímo neonatologa, gastroenterologa, neurologa, otorinolaryngologa, pneumologa, rentgenologa. Komplexnost rehabilitace u dětských dysfagických pacientů pak doplňuje ergoterapeut, psycholog, případně sociální pracovník.



PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D.

Poruchy krmení (příjmu potravy) versus poruchy polykání

Jak bylo již nastíněno v úvodu, můžeme se u dětí setkávat jednak s poruchami příjmu potravy převážně ve smyslu odmítání stravy, jednak již přímo s poruchami polykání. Není nutně podmínkou, aby docházelo u dítěte ke kombinaci obojího.

Za poruchy příjmu potravy je považován stav, kdy dítě nedostatečně jí po dobu

proLékaře.cz | 22.11.2026

nejméně jednoho měsíce s důsledkem toho, že ubývá (případně nepřibývá) na váze. To se nejčastěji projevuje zhruba do 6. roku života, s počátkem obtíží obvykle před prvním rokem věku. U dítěte sledujeme zejména opožděný růst, sníženou toleranci při příjmu různých textur a chutí potravy, sníženou chuť k jídlu, špatné stravovací návyky a další. V neposlední řadě může být přítomno i narušené či neefektivní polykání.

Poruchy polykání lze chápat jako konkrétní podskupinu poruch příjmu potravy v dětském věku. Jejich hlavním projevem je rizikový nebo neefektivní vzorec polykání, který komplikuje proces krmení. Ten lze velmi obecně charakterizovat jako proces, při kterém se sousto transportuje z dutiny ústní do jícnu. Tento průběh pak může být narušen zejména penetrací (tekutina, potrava u vstupu do hrtanu) či aspirací (tekutina, potrava prostupuje skrze hrtan do plic). Aspirace má výrazně negativní dopad na zdraví dítěte (Justice, Redle, 2013).

Incidence, prevalence

Údaje o výskytu nově vzniklých případů v konkrétním časovém období (incidence) i celkově se vyskytujícím počtu (prevalence) dětí s dysfagií či poruchami příjmu potravy jsou velmi variabilní. Nejedná se o homogenní skupinu, statistická data by bylo možné rozčlenit v několika úrovních, například z hlediska věku, daného vývojového deficitu či získaného onemocnění. V neposlední řadě je třeba přihlédnout ke konkrétnímu narušení v oblasti polykání. Níže uvedené hodnoty dle ASHA (2017) podávají tedy pouze velmi obecnou informaci.

Dle ASHA (2017) je odhadován výskyt poruch polykání či příjmu potravy u dětí s běžným fyziologickým vývojem na 25-45%. Prevalence u dětí s vývojovými deficity se pohybuje v rozsahu 30-80%. Obtíže s příjmem potravy se objevují u 3-10% dětí v důsledku narušeného růstu či ve spojitosti s chronickým onemocněním. Výše uvedený zdroj zmiňuje narůstající počet dětí s dysfagiemi v průběhu posledních let, v procentuální hodnotě to však neudává. Tato skutečnost je spojována především se zvyšujícím se počtem dětí předčasně narozených, tedy dětí s nízkou porodní hmotností a s obvykle se vyskytujícími dalšími zdravotními komplikacemi.

Dodrill, Gosa (2015) tvrdí, že přibližně u 1% všech dětí se objevují poruchy polykání ve smyslu narušení fyziologického průběhu. Autoři do souboru nezahrnují behaviorální obtíže s příjmem potravy. Procentuální výskyt dysfagie pak samozřejmě stoupá v určitých specifických skupinách. Vyšší výskyt poruch polykání (i narušeného příjmu potravy) bude například u dětí s dětskou mozkovou obrnou, poraněním mozku (CNS) či narušeným respiračním systémem.

Arvedson (2002) též říká, že je velmi komplikované procentuálně klasifikovat výskyt výše uvedených obtíží napříč celou dětskou populací. Odpovídající statistika víceméně chybí, neboť její vytvoření je téměř nemožné. Za výhodnější přístup než přesná procenta výskytu dysfagie považuje Arvedson vymezení skupin dětské populace, které jsou vysoce rizikové, a těm věnovat zvláštní pozornost. Lékař, případně klinický logoped, by měli předpokládat poruchy polykání a příjmu potravy zejména u dětí:

1. s neurologickým postižením (vrozeným, získaným);
2. s anatomickými a strukturálními změnami (vrozenými, získanými);
3. s genetickým postižením (chromozomálním, syndromy, poruchy metabolismu);
4. ve spojitosti se systémovým onemocněním (respiračním, gastrointestinálním, vrozenými srdečními vadami);
5. s narušením psychosociálním a behaviorálním;
6. s iatrogenním poškozením.

Justice, Redle (2013) též dávají do souvislosti vývojové poruchy příjmu potravy a polykání zejména s dětmi rizikovými, tedy dětmi předčasně narozenými či s nízkou porodní hmotností.

Nástin anatomie, fyziologie při normálním průběhu polykání

Pro účely tohoto textu bude jen velmi stručně shrnuta anatomie a fyziologický průběh polykání v dětském věku.

Normální průběh polykání vyžaduje neurosvalovou souhru; jedná se zejména o propojení a koordinaci centrální nervové soustavy, respiračního a gastrointestinálního systému. Kraniální a cervikální nervy ovlivňují činnost svalstva rtů, jazyka, měkkého patra, hrtanu, hltanu, jícnu i celého hrudníku. Svoji roli hrají i anatomické poměry mezi výše uvedenými strukturami. Ty se konkrétně fyziologicky proměňují v průběhu života dítěte (nejvýrazněji do 1. roku věku) a ovlivňují tak způsob příjmu a zpracování potravy (Bromwich, Cohen, Miller, Willging, 2014).

Tabulka níže srovnává anatomické změny v oblasti aerodigestivního traktu u kojenců (tedy dětí zhruba do půl až 1. roku života) a dětí starších. Od proměny anatomických struktur se pak odvíjejí i změny ve způsobu polykání a příjmu potravy. Anatomické uspořádání i fyziologický průběh polykání u starších dětí pak odpovídá vzorci dospělých.

proLékaře.cz | 22.11.2026

Tabulka 1

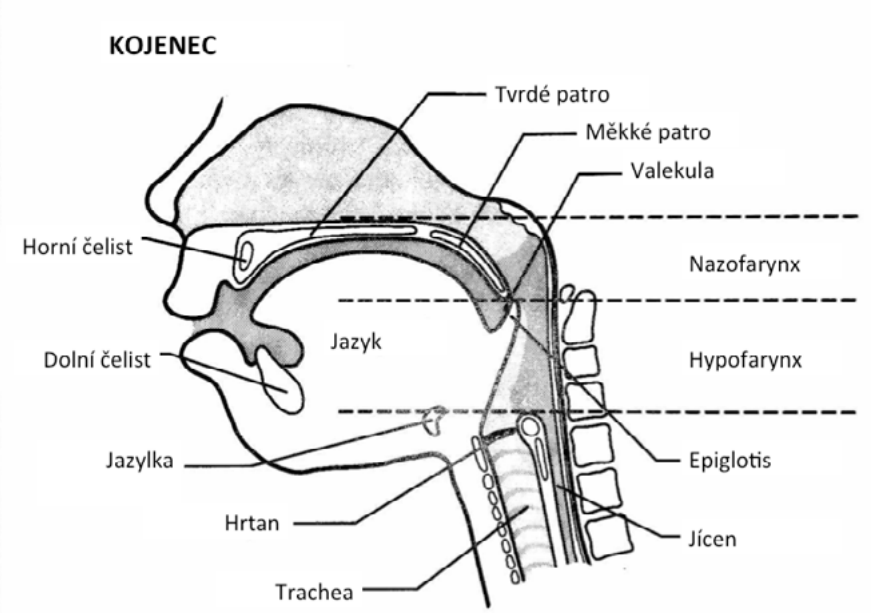
Anatomické rozdíly horního aerodigestivního traktu mezi kojenci a dětmi staršího věku

Anatomická struktura	Dítě do ½ - 1.roku věku	Dítě starší
Ústní dutina (rty, dolní a horní čelist, spodina ústní, tváře, jazyk, tvrdé patro, měkké patro)	**Jazyk:** - vyplňuje většinu prostoru úst - klidová poloha mezi rty a proti patru **Bez dentice** **Tváře** – tukové polštářky, téměř bez svalstva, důležité pro sání **Čelist** – relativně malá mandibula	**Jazyk** – leží více na spodině dutiny ústní, ta zvětšena - klidová poloha směr za horní zuby ne proti patru **Dentice** – přítomna **Tváře** – svalstvo, důležité pro žvýkání **Čelist** – horní a dolní čelist v odpovídajícím poměru
Hltan (pharynx) (nazofarynx, orofarynx, hypofarynx)	**Orofarynx** - není oddělen (samostatný) **Nazofarynx** – jiné zakřivení, menší prostor.	**Orofarynx** – vzniká jako samostatný oddíl z prodloužení hltanu **Nazofarynx** – zakřivení 90° v kosti lební, zvětšen prostor
Hrtan (larynx)	Velikostně odpovídá 1/3 u dospělého. Epiglottis – úzká, více vertikální	Epiglotis – širší, více plochá Pravé hlasivkové vazy – uchyceny ke chrupavce menší plochou

Zdroj: Dle Arvedson, J.C., Brodsky, L. (2002).Pediatric Swallowing and Feeding, 2nd Edition. NY: Delmar. – volný překlad, uspořádání vlastní

Obrázek 1

Horní aerodigestivní trakt kojenců

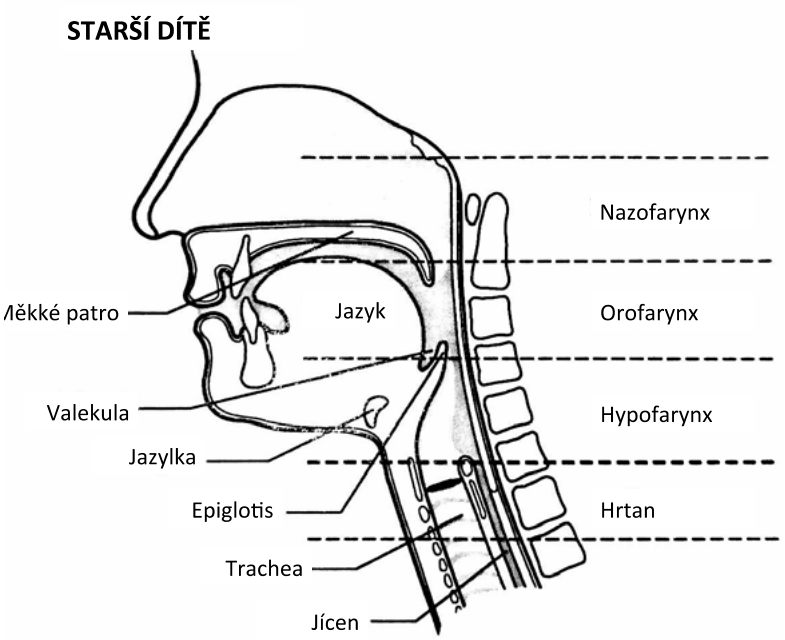


Zdroj: Dle Arvedson, J.C., Brodsky, L. (2002). Pediatric Swallowing and Feeding, 2nd Edition. NY: Delmar.

proLékaře.cz | 22.11.2026

Obrázek 2

Horní aerodigestivní trakt starších dětí



Zdroj: Dle Arvedson, J.C., Brodsky, L. (2002).Pediatric Swallowing and Feeding, 2nd Edition. NY: Delmar.

Fyziologický průběh polykání je různý v závislosti na věku dítěte. Nenutritivní sání a polykání můžeme sledovat u plodu již v prenatálním období zhruba od 15. týdne těhotenství. Ustálené polykání se pak objevuje zhruba od 22.-24. gestačního týdne. Schopnost koordinace sání, polykání a dýchání je díky centrální nervové soustavě funkční kolem 32. týdne těhotenství, proto u předčasně narozených dětí (pod 32. týden) bývá tato koordinace narušena, a to právě v důsledku nedozrálosti centrální nervové soustavy. Relativně dobře funkční ale může být u těchto dětí sání a polykání nenutritivní (Bromwich, Cohen, Miller, Willging, 2014).

Příjem potravy u novorozenců se rozvíjí v souhře s primárními a ochrannými reflexy (zejména hledacím, sacím, uchopovacím, kašlacím) (Justice, Redle 2013). Pokud to lze, je prvotní krmení zajišťováno kojením. To je reflexní aktivitou řízenou na úrovni subkortikální. Při kojení se jazyk rytmicky pohybuje v předozadním směru, zhruba do 4. měsíce věku stimuluje kojení i menší prostor dutiny ústní. Zde díky tukovým polštářkům tváří dochází k laterální stabilizaci, což podporuje pohyb jazyka.

V kojeneckém věku je postavení hrtanu ve vyšší poloze, zhruba na úrovni 1.-3. krčního obratle (obr. č. 1). To umožňuje kontakt epiglotis a měkkého patra v prostoru nazofaryngu. Tato poloha hrtanu též zhruba do 4.-6. měsíce věku funkčně odděluje dýchací a polykací cesty (Bluestone, 2014).

Průběh a způsob polykání se u dítěte začíná proměňovat kolem 4.-6. měsíce života, svoji roli zde hrají i probíhající anatomické změny. Zvolna se zvětšuje prostor ústní dutiny, což umožňuje jinou variabilitu a rozsah pohybu jazyka i měkkého patra. Tuková tkáň tváří ustupuje svalstvu. Hltan se prodlužuje, hrtan tak sestupuje zhruba na úroveň 6.-7. krčního obratle (jako u dospělých) (obr. č. 2). Dýchací cesty jsou v průběhu polykání již díky neurosvalovému vývoji chráněny laryngeálním reflexem, při kterém dochází k přimknutí hlasivek. Od 7.-9. měsíce je stabilní postura těla i hlavy. To souvisí i se stabilizací čelisti a opět zvýšením efektivity pohybů jazyka, přidává se pohyb laterální. Laterální pohyby jazyka jsou následně důležité pro rozvoj žvýkání.

Zhruba od půl roku života jsou do stravy přidávány další konzistence (pyré, kaše...). Zpracování sousta napomáhá i schopnost dítěte vytvořit již pevný retný uzávěr. Kolem 10.-12. měsíce života by dítě mělo začít přijímat stravu různých konzistencí a chutí. Do dvou let věku by dítě mělo mít již plně rozvinuty schopnosti potřebné pro zpracování a příjem běžné potravy (Bromwich, Cohen, Miller, Willging, 2014; Ludlow, 2015).

Fáze polykání

V literatuře jsou popisovány čtyři základní fáze při průběhu polykání. Ty korespondují s členěním užívaným u dospělých. Obecně se jedná o fáze:

1. přípravná orální (formování sousta)
2. orální
3. faryngeální
4. ezofageální (Arvedson, Brodsky, 2002)

Dodrill, Gosa (2015) označují jako první fázi orální (zahrnuje přípravnou etapu i zpracování a transport bolu), za fázi druhou považují samotné spuštění polykacího reflexu; zbylé fáze jsou shodné s výše uvedenými.

Při obtížích v průběhu polykání je nutné sledovat, jakým způsobem a v které fázi je polykání narušeno. U novorozenců a mladších kojenců je průběh všech výše uvedených etap zejména reflexivní a mimo volní kontrolu. Později se stávají fáze přípravná orální a orální vůlí ovlivnitelné. To souvisí s přidáváním hutnějších, případně pevnějších konzistencí do stravy, rozvíjí se tak žvýkání. Vývoj žvýkání a kousání je pak úzce propojen se schopností senzorického vnímání potravy a motorické reakce na takový podnět. Fáze faryngeální je vůlí ovlivnitelná pouze zčásti, fáze ezofageální pak probíhá čistě mimo volní kontrolu jedince (Dodrill, Gosa, 2015). Průběh každé z výše uvedených etap je fyziologicky daný a měl

proLékaře.cz | 22.11.2026

by trvat po určitý časový úsek. Již prodloužené zpracování či transport sousta tak mohou rozvíjet poruchu polykání.

Narušené polykání a jeho důsledky

Velmi zjednodušeně lze říci, že se jedná o narušení procesu přípravy, zpracování a tranzitu sousta při postupu z ústní dutiny až do trávicího systému. Tento deficit má nějaký patofyziologický podklad, primárně se tak neoznačují již výše uvedené poruchy příjmu potravy související zejména s behaviorální složkou (Dodrill, Gosa, 2015).

Jelikož při polykání je důležitá koordinace polknutí a dýchání, budou odchylky v průběhu polknutí ohrožovat respirační systém. Jedním z nejzávažnějších symptomů dysfagie tak je aspirace, neboli proniknutí sousta (slin, žaludečního obsahu) do dýchacího ústrojí, pod úroveň hlasivek. Aspirace může vzniknout v různé fázi průběhu polknutí a souvisí s iniciací polykacího reflexu. Před spuštěním polykacího reflexu hovoříme o predeglutivní aspiraci, v jeho průběhu vzniká aspirace intradeglutivní, po iniciaci pak aspirace postdeglutivní; přirozeně může docházet k různým kombinacím (Ekberg, 2004). Při hodnocení způsobu a míry aspirace objektivním radiologickým vyšetřením je mimo jiné důležité sledovat i schopnost reflexního a volního kašle, jež se podílejí na hygieně dýchacích cest. Účinnost reflexního a volního kašle je jednou z položek objektivních škál hodnotících míru aspirace. Rozsah jednotlivé aspirace, kterou dítě zvládne bez následků, je velmi individuální, obecně je uváděna hranice zhruba nad 10% objemu sousta. Aspirace nad tuto hranici se již stává významně rizikovou. Záleží i na celkové době působení této patologie. Důsledkem výrazných či opakovaných aspirací pak může být zejména rozvoj aspirační pneumonie, případně chronických zánětů plic (Bluestone, 2014).

K dalším ze závažných následků narušeného polykání patří malnutrice (tedy podvýživa), dehydratace, v důsledku toho dochází k neprospívání dítěte. To má samozřejmě velmi vážný dopad na celkový fyzický i psychický vývoj dítěte. Stagnace váhy a jeho omezený růst jsou signály, které mnohdy upozorní na narušené polykání či obtíže s příjmem potravy. Pediatr, potažmo nutriční terapeut by měli sledovat, korigovat nutriční plán takto ohroženého dítěte. U dětí s poruchami polykání je často potřebná modifikace konzistence potravy i tekutin. Vliv na bezpečný průběh polknutí může mít i velikost podávaného sousta. Pro dosažení odpovídajícího příjmu základních živin (cukrů, tuků, bílkovin, případně minerálů, vitamínů) lze využívat nutriční doplňky. Těmi můžeme obohatit běžnou stravu nebo je podávat zvlášť, obvykle ve formě nápojů, krémů či pudingů.

V případě, že dítě není schopno zvládnout dostatečný příjem stravy běžně perorálně a významně je ohrožen jeho vývoj, je potřebné doplnit výživu enterálně či parenterálně. Enterální výživa je zajišťována prostřednictvím sondy či jiným vstupem (stomie) do zažívacího traktu. Sonda je vedena skrze nosní průduchy a dutinu nosní nejčastěji do žaludku (nazogastrická sonda) nebo do části tenkého střeva (nazoduodenální nebo nazojejunální sonda). Při dlouhodobých potížích s polykáním není možné setrvat na výživě skrze sondu. Obvykle se v takových případech přistupuje k zavedení přímého vstupu do žaludku skrze břišní stěnu (stomie). Nejčastěji se jedná o perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG). Pokud nelze aplikovat výživu přímo do žaludku (např. z důvodu silného gastroezofageálního refluxu), lze využít vstup přímo do tenkého střeva (tzv. jejunostomie). Kromě enterálních vstupů je možnost zajistit výživu parenterálně, tedy živiny jsou dodávány přímo do cévního systému, mimo systém zažívací. Tento způsob se využívá ve chvíli, kdy nelze podávat živiny enterálně ani jiným způsobem (Arvedson, 2002; Tedla, 2009).

Poruchy polykání či příjmu potravy?

Pokud sledujete u dítěte některé z níže uvedených projevů, zvažte konzultaci s lékařem, zda se nejedná o poruchu polykání či příjmu potravy.

- Dítě stagnuje, nepřibývá, případně ubývá na váze bez jiné vážnější příčiny (např. onemocnění)
- Dítě je výrazně „vybíravé“, toleruje pouze velmi úzké spektrum potravin a konzistencí
- Dítě jídlo často odmítá, celkově sní velmi malou část běžné dětské porce
- Délka jednoho krmení trvá více než 30 minut
- Dítě sousto obtížně a dlouho zpracovává – velké části soust vypadávají z úst ven, v potravě pak netoleruje kousky (vyplivuje je, vyndává z úst), jídlo se hromadí v dutině ústní (zůstává i po opakovaných polknutích)
- U dítěte se nerozvíjí kousání, žvýkání (kolem 1. roku života)
- Dítěti výrazně unikají sliny z úst ven v průběhu celého dne
- Dítě má obtíže s příjmem tekutin –pije velmi málo, vzhledem k věku užívá neadekvátní způsob pití (např. stále pije pouze z kojenecké lahve)
- Dítě při/po jídle, při/po pití často zakašlává nebo se dáví
- V průběhu jídla se u dítěte objevují chrčivé zvuky, výrazně namáhavé dýchání
- Bezprostředně po polknutí jsou u dítěte patrny změny hlasu (chrapot, bublavý „vlhký“ hlas)
- U dítěte se objevují časté respirační infekce, mívá často zvýšenou teplotu bez dalších příznaků

Jak situaci řešit?

Při podezření na poruchy polykání či příjmu potravy u dětí je žádoucí konzultace s lékařem, nejčastěji pediatrem. Ten zhodnotí nejen celkový stav dítěte, ale i jeho nutriční příjem. Klinické vyšetření polykání provádí klinický logoped, využít může objektivních metod hodnocení ve spolupráci s ORL lékařem a rentgenologem. Terapie poruch polykání a narušeného příjmu potravy pak spadá do působnosti klinického logopeda. Ten by měl postupovat v souladu s lékařskými závěry a doporučeními. Měl by navázat spolupráci ideálně s nutričním terapeutem, případně dalšími odborníky, jejichž péče by v rámci terapie byla pro dítě přínosná. Jedná se zejména o psychologa, fyzioterapeuta či ergoterapeuta.

Literatura:

1. Pediatric Dysphagia., 2017. In: *ASHA* [online]. [cit. 2017-2-09]. Dostupné z: www.asha.org

2. Pediatric Dysphagia.,: Incidence and Prevalence, 2017. In: *ASHA* [online]. [cit. 2017-07-09]. Dostupné z: www.asha.org

3. ARVEDSON, Joan C. a Linda. BRODSKY, c2002. *Pediatric swallowing and feeding: assessment and management*. 2nd ed. Albany, NY: Singular Thomson Learning. ISBN 978-076-9300-764.

proLékaře.cz | 22.11.2026

4. BLUESTONE, Charles, Jefferey P SIMONS a Garald B. HEALY, 2014. *Pediatric otolaryngology*. 5th edition. USA: People's Medical Publishing House. ISBN 16-079-5018-9.

5. BROMWICH, M., COHEN, A.P., MILLER, C.K., WILLGING, J.P., 2014. Pediatric Dysphagia. In:Bluestone, Ch.D., Simons, J.P., Healy, G.B. (2014)*Pediatric Otolaryngology, 5th Edition*. People's Medical Publishing House. 1311-1322.

6. DODRILL, P., GOSA, M.M., 2015. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment and Management. In:*Ann Nutr Metab*. 2015; 66(5):24–31.

7. EKBERG., Olle, 2004. *Radiology of the Pharynx and the Esophagus*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. ISBN 978-364-2188-381

8. JUSTICE, Laura M. a Erin E. REDLE, 2014. *Communication sciences and disorders: an evidence-based approach*. 3rd Edition. Boston: Pearson. ISBN 978-0133123715.

9. LOGEMANN, Jeri A., c1998. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2nd ed. Austin, Tex.: PRO-ED. ISBN 978-0890797280.

10. LUDLOW,CH.L., 2015. Laryngeal Reflexes: Physiology, Technique and Clinical Use. In:*J. ClinNeurophysiol.* 2015; 32(4): 284-293.

11. MATSUO, K., PALMER, J.B., 2009. Coordination of Mastication, Swallowing and Breathing. In: *Jpn Dent Sci Rev. 2009; 45(1): 31–40.*

12. TEDLA, Miroslav, CHROBOK, Viktor, ed., 2009. *Poruchy polykání: Poruchy prehĺtania*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-807-3111-052.

PLACENÁ INZERCE

RENOMIA BENEFIT

NABÍDKA SLUŽEB PRO ČLENY AKL ČR

Pojištění profesní odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb

Základní rozsah pojistného krytí obsahuje náhradu:

- újmy vzniklé jinému v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v důsledku jakéhokoliv neúmyslného pochybení lékaře, byť by šlo o závažnou odbornou chybu
- nemajetkové újmy způsobné ublížením na zdraví nebo usmrcením poškozenému nebo osobám jemu blízkým do výše základního limitu
- újmy způsobené vadou použité věci (přístroje, léku) při poskytování zdravotní péče kryty zásadně všechny případy nedbalostního způsobení škody včetně tzv. „hrubé nedbalosti" – **vyloučen pouze úmysl nebo vliv návykových látek**
- retroaktivní krytí pro příčiny nastalé až 3 roky zpětně

Příklad výpočtu pojistného: jeden odborný klinický logoped v ceně základního pojištění

Odpovědnost	Roční pojistné při limitu pojistného plnění a spoluúčasti 2 500Kč	
	1 mil. Kč	3 mil. Kč
Profesní + výrobek	1 300 Kč	1 469 Kč
Profesní + obecná + výrobek	1 495 Kč	1 689 Kč

Navíc další perfektní podmínky

- Spotřebitelské úvěry
- Investice
- Hypotéky

A to vše pohodlně, s úsporou času

- Bez nutnosti srovnávat různé nabídky, studovat rozdíly
- Bez nutnosti chodit do různých institucí – náš specialista přijde za Vámi
- Bez zbytečné administrativy – vše pro Vás zařídíme

Kontakt:
Renata Pacnerová
manažer pro skupinové pojištění
RENOMIA, a. s., Na Florenci 15
Budova Florentinum, vstup C, 110 00 Praha
Mobil: +420 602 146 850, Tel.: +420 222 390 863
E-mail: renata.pacnerova@renomiabenefit.cz

SLOUŽÍME VÁM S RADOSTÍ | **www.renomiabenefit.cz**