

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách

Elišky Peškové 17, 150 00 Praha 5

Telefon: 776 721 519, 777 610 827, úřední dny pondělí 9-15 hod. středa 9-15 hod.

Email: scmp@volny.cz, www.sdruzenicmp.cz

Rekondiční pobyty jsou pořádány za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR

PŘIHLÁŠKA NA REKONDIČNÍ POBYT

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK

Jaro: 31.3.2022

Podzim: 31.7.2022

Místo:	Termín:
Náhradní místo:	Termín:

Jméno a příjmení:	
Adresa:	email:
Telefon:	PSČ:
Datum narození:	Průkaz ZTP/P:
Telefon na kontaktní osobu /rodina – příbuzný/	

Čestné prohlášení účastníka rekondičního pobytu Sdružení CMP:

1. Prohlašuji, že jsem se v tomto roce nezúčastnil žádného pobytu, který je dotován Ministerstvem zdravotnictví ČR (*týká se všech pobytů, které jsou dotovány MZ ČR vždy v jednom roce*)
2. V roce 2022 jsem vyčerpal(a) dní pobytu dotovaného MZ ČR.

V dne:
.....
podpis účastníka

Přihláška pro doprovázející osobu

Jméno a příjmení:	
Adresa:	PSČ:
Telefon:	Datum narození:
Podpis doprovázejícího:	

Poskytnutím svých osobních údajů uvedených v přihlášce na rekondiční pobyt dávám souhlas k jejich zpracování a uchování pro potřeby Sdružení CMP v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb.

Varianta ubytování - pokud kapacita a možnost střediska dovolí, prosím o ubytování v (zaškrtněte):

a) 2lůžkovém pokoji

b) 3lůžkovém pokoji

c) 4lůžkovém pokoji

- prosím o ubytování s panem/paní:

Formulář ke stažení na www.sdruzenicmp.cz

Email: scmp@volny.cz

Prosíme přiložte max. 3 měsíce starou zprávu z ambulantního či lůžkového zařízení.
Vyjádření ošetřujícího lékaře k účasti na rekondičním pobytu:

Pacient :..... narozen :.....

je v mé stálé péči od :.....

Souhrn všech diagnóz :.....

.....

.....

.....

DM ano ne **insulin** ano ne
Epilepsie ano ne **záchvaty typu GM** ano ne **četnost**
warfarin ano ne

Poslední medikace vč. diety:

.....

.....

Stručná epikríza za posl. 3 měsíce:

.....

.....

Soběstačnost: dobrá obtížná minimální

Pohyblivost-chůze: dobrá obtížná minimální

Protetické pomůcky: bez hůl 1 FH 2 FH chodítko vozík

Schopen chůze do schodů: ano ne se zábradlím ano

Stupeň poruchy řeči: lehká střední těžká

Je nutná pomoc druhé osoby při běžných denních činnostech: ano ne

Pacient se projevuje: aktivně pasivně

Jiné poznámky lékaře:

Datum:

Razítko, podpis a adresa ošetřujícího lékaře

Formulář ke stažení na www.sdruzenicmp.cz

Email: scmp@volny.cz