

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: 31.3.2026

Podzim: 31.7.2026

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 2026 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) 2 lůžkovém pokoji
- b) 3 lůžkovém pokoji

Formulář ke stažení na www.sdruzenicmp.cz

Email: scmp@volny.cz

- prosím o ubytování s panem/paní:

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 chodítka 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