

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](mailto:scmp@volny.cz), [www.sdruzenicmp.cz](http://www.sdruzenicmp.cz)

**Rekondiční pobyty jsou pořádány za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR**

## PŘIHLÁŠKA NA REKONDIČNÍ POBYT

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK

Jaro: 31.3.2020

Podzim: 31.7.2020

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| <b>Místo:</b>          | <b>Termín:</b> |
| <b>Náhradní místo:</b> | <b>Termín:</b> |

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

### 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 2020 jsem vyčerpal(a) ..... dní pobytu dotovaného MZ ČR.

V ..... dne: .....  
podpis účastníka

### Přihláška pro doprovázející osobu

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b>       |                        |
| <b>Adresa:</b>                 | <b>PSČ:</b>            |
| <b>Telefon:</b>                | <b>Datum narození:</b> |
| <b>Podpis doprovázejícího:</b> |                        |

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
- c) 4 lůžkovém pokoji

- prosím o ubytování s panem/paní: .....

**Formulář ke stažení na [www.sdruzenicmp.cz](http://www.sdruzenicmp.cz)**

**Email: [scmp@volny.cz](mailto: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](http://www.sdruzenicmp.cz)**

**Email: [scmp@volny.cz](mailto:scmp@volny.cz)**