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: 31.3.2024
Podzim: 31.7.2024

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 ubytovaní 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