

Številka:

Datum:

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE FIZIOTERAPIJE

UPORABNIK		
Ime in priimek:		
Datum in kraj rojstva:		
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):		
Začasno prebivališče (ulica, kraj, pošta):		
Telefonska in/ali GSM številka:		
EMŠO:		
DAVČNA:		
Opis situacije:		
Zdravstveno stanje (ustrezno obkrožite):		
a) Imam bolezn srca in ožilja (srčni spodbujevalnik, umetne zaklopke) b) Imam sladkorno bolezen (inzulinska črpalka) c) Imam kovinske vsadke Kje? _____ d) Imam nevrološko bolezen (možganska kap, Parkinson, multipla skleroza, ...) e) Imam osteoporozo f) Drugo: _____		
pomičen	delno pomičen	nepomičen
Uporabljam naslednje tehnične pripomočke (ustrezno obkrožite): bolniško posteljo, invalidski voziček, počivalnik, hoduljo, bergle, palico,		
Zdravstveni dom:		Osebni zdravnik:
Ste vključeni v patronažno oskrbo (ustrezno obkrožite):		DA NE
Ste vključeni v storitev pomoči na domu (ustrezno obkrožite):		DA NE

Katere oblike pomoči v okviru storitve fizioterapije potrebujete? (ustrezno obkrožite)

Fizioterapija	<input type="checkbox"/> Razgibavanje nepokretnega uporabnika
	<input type="checkbox"/> Učenje hoje in vaje za izboljšanje ravnotežja
	<input type="checkbox"/> Rehabilitacija po poškodbi/ operaciji
	<input type="checkbox"/> Rehabilitacija nevrološkega uporabnika (po možganski kapi, Parkinsonova bolezen, Multipla skleroza, ...)

ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

Zakoniti zastopnik je kot tak določen z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona. Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja storitve socialna oskrba na domu.

Ime in priimek:

.....

Ulica, kraj, pošta:

.....

Telefonska/GSM številka:

.....

Naslov elektronske pošte:

.....

Nastopa kot: zakoniti zastopnik

pooblaščenec

Podpis vlagatelja
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

v, dne