

Přihláška na pohybovou terapii TheraSuit

Jméno a příjmení žadatele o TheraSuit - účastník terapie				
Adresa				
Pojišťovna				
Identifikační údaje	RČ:	č.OP:		
Držitel průkazu (nehodící škrtněte)	TP	ZTP	ZTP/P	Číslo průkazu:
Využívané ortopedické pomůcky				
Jméno a příjmení zákonného zástupce adresa - pokud se liší				
(pouze v případě je-li žadatel nezletilý)				
Kontaktní údaje	Tel. č.:	e-mail:		
Jméno a příjmení ošetřujícího ortopeda/rehabilitačního lékaře				
Adresa				
telefon				

*nedostatečně vyplněná přihláška bez povinných příloh nebude přijata

V _____ dne _____

Podpis žadatele

Podpis zákonného zástupce

Povinné přílohy:

Přihláška na pohybovou terapii TheraSuit, část 2
Lékařská zpráva ortoped/RHB lékař - se souhlasem k terapii
Lékařská zpráva - neurolog
Podepsané prohlášení
Podepsané smluvní podmínky

Doporučené přílohy:

Lékařská zpráva – lůžně, absolvované terapie