|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O ZDRAVOTNÍ POBYT** | | | |
| **Jméno, příjmení, titul:** |  | | |
| **Adresa trvalého pobytu:** |  | | |
| **Adresa současného pobytu:** |  | | |
| **Telefon:** |  | | |
| **Email:** |  | | |
| **Výše příspěvku na péči (stupeň I, II, III, IV, žádný):** |  | | |
| **Důvod podání žádosti (popište z jakého důvodu se chcete přihlásit do služby Centra Paraple):** | | | |
|  | | | |
| **Byl\*a jste v posledním půl roce někde hospitalizován\*a? Pokud ano, popište kde, z jakého důvodu  a přiložte prosím lékařskou zprávu.** | | | |
|  | | | |
| **Přiložené dokumenty:**  LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA (nejlépe z pobytu v rehabilitačním ústavu nebo z kontroly na spinální jednotce, popřípadě od neurologa nebo od praktického lékaře nebo z nedávné hospitalizace).  Podmínka pro přijetí žádosti.  FOTOGRAFIE NEHOJÍCÍ SE RÁNY (pokud máte v současné době nehojící se ránu – dekubit, popáleninu)  Při zasílání dokumentů v elektronické podobě žádáme o jejich tiskovou kvalitu a čitelnost. | | | |
| **Označte, o služby kterých odborností byste měl\*a zájem:** | | | |
| ⃝ Fyzioterapie  ⃝ Ergoterapie  ⃝ Terapie ruky  ⃝ Psychologie  ⃝ Pohybová terapie | | ⃝ Nutriční terapie  ⃝ Terapie oblasti intimního života  ⃝ Všeobecná sestra  ⃝ Asistence | |
| **Označte, o které workshopy a aktivity byste měl\*a zájem:** | | | |
| ⃝ Bazén  ⃝ Buď fit  ⃝ Intimní život  ⃝ Kognitivní trénink  ⃝ Koně (hipoterapie)  ⃝ Kruhový trénink  ⃝ Prevence syndromu z přetížení horních končetin | | | ⃝ Prezentace CZEPA  ⃝ Relaxace  ⃝ Spánkový workshop  ⃝ Sportovní skupina  ⃝ Škoda Handy  ⃝ Vertikalizace a chůze |
| **UDĚLENÍ SOUHLASU KE ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU**  Zasláním této žádosti a lékařských zpráv udělujete souhlas s tím, že vaše citlivé osobní údaje v rozsahu vypovídajícím o vašem zdravotním stavu budou zpracovávány Centrem Paraple, o.p.s., jakožto poskytovatelem zdravotních služeb. Účelem je nezbytné posouzení, zda vzhledem k vašemu zdravotnímu postižení patříte do cílové skupiny osob s poškozením míchy a zda váš zdravotní stav umožňuje absolvovat naši zdravotní službu. Údaje o vašem zdravotním stavu budou součástí vaší zdravotní dokumentace a budou dále sloužit jako podklad pro plánování průběhu služby. Tyto údaje budou zpracovány v souladu s platnou legislativou a uchovávány po dobu nejdéle deseti let po skončení poskytování této služby a budou zpřístupněny pouze zaměstnancům poskytovatele, kteří jsou zdravotnickými pracovníky. | | | |