

# Přihláška k opakované terapii

Rehabilitační terapie: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 20 \_\_, počet týdnů: \_\_. Preferovaný čas: \_\_\_\_\_

## 1 ÚDAJE O PACIENTOVI

Jméno: \_\_\_\_\_

Příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Datum poslední diagnózy: \_\_\_\_\_

Výška: \_\_\_\_\_ Váha: \_\_\_\_\_ Velikost bot: \_\_\_\_\_

Základní diagnóza: \_\_\_\_\_

### Změny ve zdravotním stavu pacienta oproti deklarovanému v řádné přihlášce:

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2 ÚDAJE O RODIČÍCH / DOPROVÁZEJÍCÍ OSOBE

Jméno: \_\_\_\_\_

Příjmení: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Bydliště – Město: \_\_\_\_\_

Ulice, číslo: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

V průběhu výkonu terapie budu přítomen/přítomna v prostorách kliniky:  ANO  NE

jiné.....

Smluvní podmínky Neurorehabilitační kliniky Axon jsem přečetl/a a prohlašuji, že s nimi souhlasím.  
Svým podpisem potvrzuji správnost výše uvedených údajů.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_