



**PRIJAVNICA ZA SKUPINSKO OBNOVITVENO REHABILITACIJO
ZVEZE SOŽITJE ZA LETO 2024**

Ime in priimek upravičenca:

Ime in priimek spremljevalca (starš, skrbnik):

Točen naslov bivanja:

Kraj: Telefon:

Številka zdravstvenega zavarovanja upravičenca:

Številka zdravstvenega zavarovanja spremljevalca:

Območna enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

Motnja v duševnem razvoju (obvezna priloga dokument institucije, ki diagnozo potrjuje):

TEŽJA

TEŽKA

Pridružena funkcionalna okvara (navedi katera in v kakšnem obsegu) – obvezna priloge mnenje zdravnika:

.....
.....
.....

Ali upravičenec uporablja **INVALIDSKI VOZIČEK**

DA

NE

Prijavljam se (obkroži):

Zdravilišče Laško

~~Termin 1:~~ 10.06.2024 – 24.06.2024

~~Termin 2:~~ 24.09.2024 – 08.10.2024

Zdravilišče Radenci

Termin 1: 04.08.2024 – 18.08.2024

Termin 2: 18.08.2024 – 01.09.2024

Termin 3: 08.09.2024 – 22.09.2024



Navedite **rezervno destinacijo in termin**, v kolikor ne bo možno upoštevati prvega izbora:

.....

Prosim, da navedete morebitne dodatne posebnosti, ki jih je potrebno upoštevati ob napotitvi v zdravilišče (potrebujete bolniško posteljo, morebitne diete, posebne prehranjevalna navade, alergije, strah pred vodo,):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Po triažni obravnavi vloge vas bomo po pošti obvestili na naslov, ki ste ga navedli na začetku obrazca.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca:

Podpis zakonitega zastopnika: