



**PRIJAVNICA ZA SKUPINSKO OBNOVITVENO REHABILITACIJO
ZVEZE SOŽITJE ZA LETO 2025**

IZPOLNI UPRAVIČENEC:

Ime in priimek upravičenca:

Točen naslov bivanja:

Kraj: Telefon:

Številka zdravstvenega zavarovanja upravičenca:

Območna enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

Datum rojstva upravičenca:

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 (stalno) DA (občasno) NE

V kolikor upravičenec uporablja voziček občasno prosimo dopišite, ali lahko ob pomoči spremljevalca naredi nekaj

korakov:

IZPOLNI SPREMLJEVALEC (STARŠ/SKRBNIK):

Ime in priimek spremljevalca (starša/skrbnika):

Točen naslov bivanja:

Kraj: Telefon:

Številka zdravstvenega zavarovanja spremljevalca:

Območna enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

Datum rojstva spremljevalca:

Prijavljam se (obkroži):



ZDRAVILIŠČE LAŠKO

1. termin od **26. 5. do 5. 6. 2025**

2. termin od **17. 6. do 27. 6. 2025**

3. skupina od **24. 9. do 4. 10. 2025**

4. termin od **6. 10. do 16. 10. 2025**

5. termin od **16. 10. do 26. 10. 2025**

6. termin od **4. 11. do 14. 11. 2025**

ZDRAVILIŠČE RADENCI

Sobe v Zdravilišču Radenci NISO primerne za stalne uporabnike invalidskega vozička.

1. termin od **2.6. do 12.6. 2025**

2. termin od **5.9. do 15.9. 2025**

3. termin od **19.9. do 29.9. 2025**

4. termin od **29.9. do 9.10. 2025**

5. termin od **9.10. do 19.10. 2025**

Navedite rezervni termin, v kolikor ne bo možno upoštevati prvega izbora:

.....

Prosimo, da navedete morebitne dodatne posebnosti, ki jih je potrebno upoštevati ob napotitvi v zdravilišče (morebitne diete, posebne prehranjevalna navade, alergije, strah pred vodo, bolnišnična postelja, sobno dvigalo, ...):

.....

Po triažni obravnavi vloge, boste po pošti prejeli obvestilo o izboru upravičenca na skupinsko obnovitveno rehabilitacijo.

Z oddajo prijave na skupinsko obnovitveno rehabilitacijo izražam tudi strinjanje, da se bom v primeru kakršnih koli okužb striktno držal/držala navodil zdravstvenega osebja. V nasprotnem primeru, se lahko obnovitvena rehabilitacija prekine oz. posameznik krije svoje stroške nastanitve sam.

Kraj in datum:

Podpis upravičenca:

Podpis zakonitega zastopnika:

S podpisom jamčite na verodostojnost podatkov.

MOREBITNE DRUGE POMEMBNE INFORMACIJE O UPRAVIČENCU DO OBNOVITVENE REHABILITACIJE: