

Stawnica, dnia 07.11.2020 r.

HIPOMEDICAL
Centrum Hipoterapii i Rehabilitacji ZABAJKA
A. Kołakowski i Wspólnicy Sp. J.
Stawnica 33, 77-400 Złotów

Pan, pani:
Myszka Nikodem
Harmonijna 2c/73
80-180 Borkowo

Dyrekcja Centrum Hipoterapii i Rehabilitacji "Zabajka" w Stawnicy informuje, że dokonano rezerwacji miejsc na turnusie rehabilitacyjnym dla pacjenta:

Myszka Nikodem

w terminie od **2021-09-19** do **2021-10-02**.

Opłata za jedno skierowanie (pacjent + opiekun) wynosi: **6400.00 zł.**, w tym koszt pacjenta wynosi **4710 zł.**, a opiekuna wynosi **1690.00 zł.**

Prosimy o przybycie z pacjentem w dniu rozpoczęcia turnusu między godziną 12:00 a 15:00. W razie kłopotów prosimy o pilny kontakt telefoniczny.

Prosimy zabrać: kostium kąpielowy, pampersy przeznaczone do kąpeli wodnych, ręcznik kąpielowy, strój gimnastyczny, dres, pesel pacjenta oraz dokumentację leczenia.

Zalecane diety prosimy zgłaszać e-mailowo nie później niż tydzień przed rozpoczęciem turnusu.
Późniejsze zgłoszenia nie będą uwzględniane.

Potwierdzeniem przyjazdu jest przedpłata w wysokości 500 zł dokonana na nasze konto:

SBL Zakrzewo 15 8944 0003 0000 1544 2000 0010

lub przekazem pocztowym na adres ośrodka co najmniej 60 dni przed rozpoczęciem turnusu.

W celu potwierdzenia lub też rezygnacji z turnusu bardzo prosimy o kontakt telefoniczny: 67 263 20 02. Brak przedpłaty w w/w terminie powoduje wykreślenie pacjenta z listy.

!!! Warunkiem przyjęcia pacjenta na turnus jest przedłożenie wniosku o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz ważnego orzeczenia o niepełnosprawności pacjenta.
Obowiązuje tylko i wyłącznie załączony wniosek, który należy dostarczać na każdy turnus !!!

Należność za turnus prosimy wpłacać na konto lub też uregulować należność gotówką bądź kartą płatniczą na miejscu.

W związku z ciągłym wzrostem wszystkich cen zaopatrzeniowych: energii, paliwa itp. można spodziewać się podwyżki opłaty za turnus, jednak nie więcej jak 8,5 % w danym terminie.

DYREKCJA
Ośrodka ZABAJKA

w Stawnicy

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

upośledzenie umysłowe

dysfunkcja narządu wzroku

padaczka

choroba psychiczna

inne (jakie?)

schorzenia układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK - uzasadnienie

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)