

Prosimo Vas da **OBVEZNO** in čim prej vrnete izpolnjen list zaradi dopolnitve baze podatkov in vašega koriščenja programa skupinske obnovitvene rehabilitacije v Zdraviliščih. Hvala.

## VPRAŠALNIK za leto 2019

Ljubljanska podružnica

Št. članske izkaznice: \_\_\_\_\_

Št. kartice **ZZZS (OBVEZNO!)**: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

mobitel: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Davčna številka: \_\_\_\_\_

**Ali želite prejemati pošto le po el. pošti?**

**DA - NE**

### **Vrsta zaposlitve:**

1. delam polni delovni čas
2. delam skrajšani delovni čas
3. delam doma
4. delam po pogodbi
5. ne delam
6. študiram
7. delam polovični delovni čas

### **S kom živiš:**

1. živim sam(a)
2. živim s svojo družino
3. živim s sorodniki
4. živim v domu upokojencev
5. živim s tujimi ljudmi

### **Vrsta dohodkov:**

1. mesečni osebni dohodek
2. mesečni OD za 4 ure
3. štipendija
4. nadomestilo Zavoda za zaposlovanje
5. pokojnina (starostna, invalidska, družinska)
6. nadomestilo (socialno, preživnine)
7. brez lastnih dohodkov

### **Podatki o invalidnosti po EDSS lestvici:**

1. 0,00 – 5,5 ( še samostojno gibljivi)
2. 6,0 – 6,5 (gibljivi s pomočjo pomagal)
3. 7,0 – 9,0 (vezan na voziček ali posteljo)

### **MOJ EDSS JE:**

Vsako spremembo EDSS takoj z dokumentom sporočite strokovni službi na Združenje.

**Veza(n) na voziček:**

**DA NE OBČASNO**

**Potrebujete osebno asistenco:**

**DA NE**

**Potrebujem pomoč pri (obkroži):**

Kateterizacija                      odvajanje                      drugo \_\_\_\_\_

OPOMBA (opišite, če potrebujete nego): \_\_\_\_\_

Vaš poverjenik: \_\_\_\_\_

**1. OBNOVITVENA REHABILITACIJA** preko triažnega pregleda v Termah Topolšica, Zdravilišču Laško, Terme Dobrna in Dom paraplegikov Pacug/Ankaran. **GLEJ NAVODILA!!!**

Prijavil(a) bi se \_\_\_\_\_ Mesec (od marca do novembra)

Zdravilišče: \_\_\_\_\_

**2. OHRANJANJE ZDRAVJA** v Termah Topolšica, Zdravilišču Laško, Terme Dobrna, Zdravilišče Strunjan, Sava Hotels & Resorts (Terme 3000, Ptujске terme, Terme Lendava, Atomska banja). **GLEJ NAVODILA!!!**

Prijavil(a) bi se \_\_\_\_\_ Mesec

Zdravilišče: \_\_\_\_\_

**3. OHRANJANJE ZDRAVJA V LASTNIH OBJEKTIH v Funtani, Barbarigi, Podčetrtku in Ankaranu:**

Objekt: \_\_\_\_\_ Število ležišč \_\_\_\_\_ Številka ap. \_\_\_\_\_

Termin 1: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 2019 Termin 2: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 2019

**Ali imate in uporabljate skuter?** **DA** **NE**

Ali bodo z vami letovali vaši šoloobvezni otroci? **DA** **NE**

Ali je vaš obvezni spremljevalec vezan na kolektivni dopust? **DA** **NE**

Kdaj ste nazadnje koristili ohranjanje zdravja v lastnih objektih? \_\_\_\_\_

**4. Želim se udeležiti SKUPINSKE REHABILITACIJE V ANKARANU za težko gibljive neoskrbljene osebe z MS (zagotovljena je 24 urna nega in delno tudi terapija):**

Termin (podčrtaj ali obkroži)

- **POMLAD** 1 skupina 2 skupina 3 skupina 4 skupina
- **JESENI** 1 skupina 2 skupina 3 skupina

**5. Vključiti se želim v ŠPORTNO - REKREATIVNE AKTIVNOSTI Združenja, in sicer (obkroži):**

- a.** šah
- b.** plavanje
- g.** tarok
- c.** balinanje
- d.** pikado
- h.** drugo \_\_\_\_\_
- e.** streljanje z zračno puško
- f.** športni ribolov

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

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