

DRUŠTVO ZA FIBROMIALGIJO
Celovška cesta 160
1000 Ljubljana
Tel. 041 464-677; 064 247-877



**PRIJAVA NA SKUPINSKO ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE V THERMANI LAŠKO v
terminu 7. – 14. november 2021**

Ime in priimek _____

Naslov _____

Elektronski naslov _____

Telefon _____

Obkrožite črke pred odgovori, ki veljajo za vas, in dopišite odgovore na prazne črte:

Izjava:

- a) Sem član/ica Društva za fibromialgijo in imam redno poravnano letno članarino.
- b) Ugotovljeno imam diagnozo fibromialgija (FM) ali sindrom kronične utrujenosti (SKU).
- c) Koristil/a bom zdravstvene terapije na delovni nalog osebnega zdravnika.
- d) Koordinatorja bom pisno obvestil/a, če bi imel/a podaljšano terapijo (več kot 7 dni).
- e) Bival/a bom v prostorih, ki jih organizira društvo in so opredeljeni v razpisu.

Številka mojega zdravstvenega delovnega naloga je a) _____ (Dopišite.)

b) brez terapij

c) nisem bolnik/ca

Sem član društvene skupine za samopomoč: _____ (Katere?)

V sobi bi želel/a biti skupaj _____ (S kom?)

V sobi želim bivati sam/a proti doplačilu _____ DA / NE _____

Zame je potrebna dietna hrana _____ (Kakšna?)

Datum:

Podpis: