|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

**ŽIADOSŤ NA REHABILITAČNÉ CVIČENIA CEZ PROGRAM REBRINA**

(vypĺňa lekár)

**Meno a priezvisko pacienta:**

**Vek pacienta:**

**Diagnóza:**

**Telefón na pacienta:**

**Email na pacienta:**

**................................................ .............................................**

dátum podpis lekára

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(vypĺňa OZ Neónka)

**Schválil:**

**Hradenie:**

**Začiatok rehabilitácie:**

**Ukončenie rehabilitácie:**