



„IŠSIPILDYMO AKCIJA 2019“

Ligoniukų istorijų atrankos

ANKETA

Pildančio anketą asmens Vardas, Pavardė

.....

(Kai pildo įstaigos atstovas, įstaigos pavadinimas, pareigos)

Adresas, tel. Nr., el.pašto adresas

.....

Vaiko vardas, pavardė.	
Gimimo metai.	
Adresas (gyvenamosios vietos).	
Tėvų/globėjų vardai, pavardės, kontaktiniai duomenys (telefono Nr., el. pašto adresas).	
Informacija apie šeimos socialinę padėtį, šeimos galimybes aprūpinti ligoniuką gydymo ar slaugos priemonėmis.	
Vaiko liga/diagnozė.	
Vaiko neįgalumo lygis (jei nustatytas).	
Informacija apie ligą/diagnozę (ar liga priskiriama retų ligų grupei, jei turite duomenų, pateikite informaciją apie ligos paplitimą ir gydymo galimybes Lietuvoje ir užsienyje).	

<p>Vaiko ligos/problemos aprašymas, eiga, esama situacija (kiek laiko serga, ligos eiga - progresuoja, remisija, regresuoja, kur gydosi, koks gydymo efektyvumas, prognozės ir t.t.).</p>	
<p>Poreikiai. (gydymui – vaistai ir medicininės priemonės, procedūros, gydymui reikalinga įranga, užsienyje taikomi PSO pripažinti ir ligoniui tinkami gydymo būdai; sveikatos būklės pagerinimui - neįgaliųjų įranga, priemonės fiziniam aktyvumui ar komunikacijai gerinti.)</p>	
<p>Preliminari suma, reikalinga poreikių išpildymui.</p>	
<p>Ar domėjotės ir išnaudojote visas valstybės lėšomis finansuojamas gydymo paslaugas? (Ivardinkite kur kreipėtės).</p>	
<p>Papildomi kontaktai. Pateikite kontaktinius duomenis asmenų (gydytojų, mokytojų, soc. darbuotojų ar kt.), kurie, Jūsų nuomone, gali suteikti papildomos informacijos apie ligoniuką (Įstaiga/Vardas ir pavardė, adresas, telefono Nr., el. pašto adresas).</p>	

Anketą pildžiusio asmens parašas, vardas, pavardė _____

DĖKOJAME, kad esate kartu.

Užpildytas anketas prašome siųsti e-paštu issipildymasregistracija@gmail.com

Anketas galite siųsti iki spalio 31 d.

Telefonai pasiteiravimui 865515437, 865515438.