*Obrazac broj 1*

**Zahtjev korisnika za bolničku medicinsku rehabilitaciju i fizikalnu terapiju**

PODACI O KORISNIKU

|  |  |
| --- | --- |
| IME |  |
| PREZIME |  |
| JMBG |  |
| OIB |  |
| PODACI O STATUSU: |
| Hrvatski branitelj iz Domovinskog rataHRVI iz Domovinskog rata (navesti postotak oštećenja organizma, stalno/privremeno do kada) |
| ADRESA STANOVANJA |  |
| MJESTO STANOVANJA |  |
| MOBITEL ILI TELEFON |  |
| ZAHTJEV PODNOSIM ZA | a) Bolničku medicinsku rehabilitaciju |
| b) Ambulantnu fizikalnu terapiju |
| c) Fizikalnu terapiju u kući |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum i mjesto