

### Namen rehabilitacije v DOSOR-ju:

- omogočiti starostnikom, ki se niso sposobni po zaključenem bolnišničnem zdravljenju samostojno vrniti v domače okolje čim večjo stopnjo neodvisnosti in samostojnosti.
- aktivirati ljudi, ki so oslabei zaradi dolgotrajnega ležanja (bolezni, OP poseg v bolnišnici, komplikacije...);
- zgodnja aktivacija po bolezni ali poškodbi posameznika in čimprejšnje okrevanje;
- naučiti posameznika živeti s posledicami bolezni (invalidnost) ali poškodbe.

Stanovalca na njegovo željo vključimo v **individualno celostno obravnavo**, kjer je deležen vseh sodobnih fizioterapevtskih postopkov in tehnik, z namenom izboljšanja zdravstvenega stanja in doseganja optimalnega cilja obravnave.

Rehabilitacija je **samoplačniška** in prilagojena vsakemu uporabniku.

Na podlagi podane pričujoče izjave bomo ocenili stanje uporabnika ter vas seznanili s programom. Uporabnika lahko vključimo v **malo obravnavo (30 min) - 20 eur** ali **veliko obravnavo (60 min) - 40 eur**. **Število obravnav prilagajmo** glede na zdravstveno stanje in zmogljivost uporabnika. Tekom rehabilitacije se od stanovalca/uporabnika pričakuje, da iskreno komunicira s fizioterapevtom glede svojega zdravstvenega stanja in počutja med obravnavami. **Rehabilitacija je smiselna kadar je stanovalec/uporabnik sposoben aktivno sodelovati v procesu in razumeti terapevtova navodila. Obravnava se prične v roku treh delovnih dni po podani izjavi.**

### IZJAVA

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_ izjavljam, da sem seznanjen/a s pogoji in načinom izvajanja rehabilitacije v DOSOR-ju z namenom izboljšanja zdr. stanja. S podpisom potrjujem vključitev v proces samoplačniške rehabilitacije in obveščenost svojca/skrbnika/doplačnika o moji odločitvi.

**Podpis stanovalca** \_\_\_\_\_  
(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

**Podpis svojca plačnika** \_\_\_\_\_  
(če izjave ne poda stanovalec)

- razmerje do uporabnika \_\_\_\_\_
- naslov \_\_\_\_\_
- telefonska številka: \_\_\_\_\_