****

**„IŠSIPILDYMO AKCIJA 2025“**

**Ligoniukų istorijų atrankos**

**ANKETA**

**Pildančio anketą asmens Vardas, Pavardė ................................................................**

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

(Kai pildo įstaigos atstovas, įstaigos pavadinimas, pareigos)

**Pildančio anketą asmens adresas, tel. nr., el. pašto adresas .....................................**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaiko vardas, pavardė** |  |
| **Gimimo data** |  |
| **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) |  |
| **Vaiko ligos / problemos aprašymas, eiga, esama situacija** (**k**iek laiko serga, ligos eiga - progresuoja, remisija, regresuoja, kur gydosi, koks gydymo efektyvumas ir t. t.) |  |
| **Poreikiai** (kuo konkrečiai galime prisidėti prie ligoniuko gydymo (procedūros, gydymui reikalinga įranga, aparatai, gydymo metodika), sveikatos būklės pagerinimo (neįgaliųjų įranga, priemonės), galimybės taikyti užsienyje pripažintus ir ligoniui tinkamus gydymo būdus (tyrimai, procedūros, konsultacijos ne Lietuvoje) |  |
| **Preliminari suma, reikalinga poreikių išpildymui** |  |
| **Ar domėjotės ir išnaudojote visas valstybės lėšomis finansuojamas gydymo paslaugas?** (Įvardinkite, kur kreipėtės, kokį gydymą vaikas gavo) |  |
| **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) |  |

Anketą pildžiusio asmens parašas, vardas, pavardė \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DĖKOJAME, kad esate kartu!**

**Užpildytą anketą prašome siųsti el. paštu** [**issipildymasregistracija@gmail.com**](mailto:issipildymasregistracija@gmail.com)  
Telefonai pasiteirauti:065515437; 065515438.