

## P Ř I H L Á Š K A

k zařazení do seznamu pracovišť specializovaných na komplexní léčbu lymfedému, garantovaných Českou lymfologickou společností ČLS JEP.

Zdravotnické zařízení: .....

státní – nestátní (nehodící se škrtněte)

Adresa: .....

.....

Tel.: ..... E-mail: .....

Kontaktní osoba (příjmení, jméno, titul): .....

Lékař - lymfolog, který vaše pracoviště odborně vede:

Příjmení, jméno, titul, adresa pracoviště, externí vedení (ano-ne), výše pracovního úvazku na vedeném pracovišti:

.....

.....

.....

Instituce a rok absolvování lymfologického kurzu (kopie „Potvrzení“):

.....

Lymfoterapeuti:

Příjmení, jméno, titul, specializace (ošetřovatelství, rehabilitace), instituce a rok absolvování lymfologického kurzu (kopie „Potvrzení“), výše pracovního úvazku:

.....

.....

.....

.....

Léčba: stacionární (počet lůžek ..... ) – ambulantní – obojí (nehodící se škrtněte)

Přibližný počet lymfedematiků ošetřovaných ročně: .....

Jméno, podpis a razítko přihlašovatele: .....

Příhlášku a potvrzení o absolvování akreditovaných kvalifikačních kurzů zašlete na kontaktní adresu:

Prof. MUDr. Karel Benda, DrSc.

Radiologická klinika Fakultní nemocnice Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno – Bohunice

fax: 532 232 383, e-mail: k.benda@fnbrno.cz