



Załącznik do procedury obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami

## WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI

Podczas wizyty w szpitalu będę potrzebował/a wsparcia polegającego na zapewnieniu:  
(zaznacz właściwe)

- Tłumacza języka migowego
- Pętli indukcyjnej
- Pomocy przy przesiadaniu się na powierzchnie o różnej wysokości
- Obsługi w miejscu o niskim natężeniu hałasu
- Dokumentów i informacji dostępnych dla czytników ekranu
- Inne...

(proszę opisać jakie?)

.....  
.....

Pomoc będzie mi potrzebna w dniu ..... w godz. od ..... do .....

Dane kontaktowe:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Telefon kontaktowy

.....  
Adres poczty elektronicznej

Wypełniony wniosek można złożyć w placówce, przesłać pocztą lub elektronicznie na adres:  
[sporna.rejestracja@csk.umed.pl](mailto:sporna.rejestracja@csk.umed.pl)