**Wniosek o badanie diagnostyczne**

|  |
| --- |
| Przyczyna wniosku o badanie diagnostyczne:  |
| \*Data przyjęcia wniosku:  |
| Imię klienta:  | Nazwisko klienta:  |
| Data urodzenia:  |
| Aktualne miejsce zamieszkania klienta:  |
| Szkoła, klasa:  |
| Poprzednie badania specjalistyczne:  |
| Z wnioskiem o badanie występuje (nazwisko, stosunek względem klienta):  |
| Kontakt telefoniczny:  |
| E-mail:  |
| Możliwość komunikacji z klientem w języku czeskim:  |
| Możliwość komunikacji z opiekunami prawnymi w języku czeskim:  |
| Zapotrzebowanie na tłumacza (jakiego języka):  |
| \*Numer akt:  |
| \*Wniosek przyjął:  |
| \*Zapisany do:  |
| \*Termin wizyty:  |

*\*wypełnia poradnia*