**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*