

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА

Серия 15 № 0073115



Кур'ян
(фамілія)
Арына
Евгенаўна
(імя і прозьвішча)
(або імя і прозьвішча)
(личная подпіс)

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.
Специальная медико-реабилитационная комиссия
(название медико-реабилитационной комиссии, выдавшей удостоверение)
20 21 г.
(дата выдачи)

Установлена 043-4 метва...
инвалидности...
по...
Причина инвалидности...
Швейцария...
Специальная медико-реабилитационная комиссия

М.П.
Продлена (установлена) группа инвалидности...
С... по...
Причина инвалидности...
М.П.
Продлена (установлена) группа инвалидности...
С... по...
Причина инвалидности...
М.П.

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка) **КУР'ЯН**
АРЫНА ЯЎГЕНАУНА
ідэнтыфікацыйны № **7737237A002PB8**
нарадзіўся(пася) **17.11.2016** сямнаццатага лістапада дзве тысячы шаснаццатага года
аб чым у кнізе рэгістрацыі актаў аб нараджэнні
20 чысла **снежня** месяца **2016** года
зроблен запіс за № **2496**
Месяца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) **Беларусь**
вобласць (край)
раён
горад (пасёлак, сяло, вёска) **г.Мінск**
БАЦЬКІ:
Бацька **КУР'ЯН ЯЎГЕН СЯРГЕЕВІЧ**
нацыянальнасць **беларус**
Маці **КУР'ЯН АЛЕНА УЛАДЗІМІРАЎНА**
нацыянальнасць **беларуска**
Месяца рэгістрацыі нараджэння **А/ЗАГС адміністрацыі**
Ленінскага раёна г.Мінска
Дата выдачы " **20** **снежня** 20 **16** г.
Кіраўнік органа загса **Ю.А. Скірпічнікава**
М. П.

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка) **КУР'ЯН**
АРИНА ЕВГЕНЬЕВНА
идентификационный № **7737237A002PB8**
родился(лась) **17.11.2016** семнадцатого ноября две тысячи шестнадцатого года
о чем в книге регистрации актов о рождении
20 числа **декабря** месяца **2016** года
произведена запись за № **2496**
Место рождения: республика (государство) **Беларусь**
область (край)
район
Село (поселок, село, деревня) **г.Минск**
РОДИТЕЛИ:
Отец **КУР'ЯН ЕВГЕНИЙ СЕРГЕЕВИЧ**
национальность **белорус**
Мать **КУР'ЯН ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА**
национальность **белоруска**
Место регистрации рождения **О/ЗАГС адміністрацыі**
Ленинского района г.Минска
Дата выдачи " **20** **декабря** 20 **16** г.
Руководитель органа загса **Ю.А. Скирпичникова**
М. П.

Учреждение здравоохранения
«37 городская поликлиника»
220113 г. Минск ул. Я. Лучины, 28

«37 городская поликлиника»

к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

№ 149

форма 1здр у-10

Дана: Курьян Арина Евгеньевна
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения: 17.11.2016г.р.пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Место жительства: г.Минск ул. Авроровская д.8 кв.103

Цель выдачи справки по месту требования

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) простудные

Аллергоанамнез без особенностей.

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее).

Вес 17.8кг рост 115 см АД / YIS OD|OS

Физическое развитие ниже среднего гармоничное.

Диагноз: Эпилептическая энцефалопатия по типу Леннокса Гасто, с наличием частых (ежедневных) тонических приступов, гипотоническим синдромом, незначительными статодинамическими нарушениями. Системное недоразвитие речи тяжелой степени. БЭН 2ст..(дефицит массы тела 26.9%). Миопический астигматизм ОИ. ПВУС. МАРС: ЛХЛЖ, Но.

Группа здоровья 4.

Группа по физкультуре ЛФК.

Стол Б, с исключением молока в любом виде и кисло-молочных продуктов с заменой на растительные продукты.

Рекомендации: нуждается в лечении и реабилитации по месту требования.

Дата выдачи выписки: 26.02.2024.

Срок действия справки: 17.11.2024.

Врач _____

Заведующий структурным

подразделением

М.П.

(подпись)

Д.А.Акулик

Д.А.Акулик

(инициалы, фамилия)



Schön Klinik Vogtareuth, Krankenhausstraße 20, 83569 Vogtareuth

To
Mrs. Asidorenko

Patient Management
Gabi Schlegl

Tel. 0049 8038 – 90-2811
Fax: 0049 8038 – 90-4444
e-mail:
gschlegl@schoen-klinik.de
www.schoen-kliniken.de

Vogtareuth, December 6, 2022

Email: asidorenko8748@gmail.com

Copy to: Prof. Berweck

Cost estimate

Patient:	Kuryan, Aryna // Belarus
DOB:	17.11.2016
Treatment:	Neuropediatrics
Planned duration of treatment:	2 weeks
Planned date of admission:	2023

	Daily rate	Days	Total
Costs of inpatient care	593,78 €	13	7.719 €
Daily nursing rates	274,17 €	13	3.564 €
Single room surcharge	186,00 €	13	2.418 €
Private medical service (treatment by head physician), approx.			2.000 €
Radiology/Anaesthesia/Consultations, special lab, other, approx.			1.500 €
Costs for genetics investigations, approx.			5.000 €
Costs for interpreter / organisation through the hospital	305,00 €	15	4.575 €
Accompanying person	60,00 €	13	780 €
Lump sum to cover possible risks			3.000 €
Total:		approx.	30.556 €

Schön Klinik Vogtareuth
SE & Co. KG
Sitz 81541 München
Reg. Gericht München
HRA-Nr. 114042
USt-ID-Nr. DE 251644692
Pers. Haft. Gesellschafter
Schön Klinik Geschäftsführungs SE
Sitz 81541 München
Reg.-Gericht München
HRB-Nr. 264441

Geschäftsführende Direktoren
Dr. Mate Ivančić
Bankverbindung
Deutsche Bank
IBAN DE97 7007 0010 0731 7779 00
BIC DEUTDE33

Dear Mrs. Asidorenko,

Thank you very much for your request.

In the following please find the cost estimate for the treatment of **Aryna Kuryan** in the Clinic for Neuropediatrics.

To schedule a date for admission, please contact Mrs. Manuela Berwanger **within the next 6 weeks** either by telephone +49 – (0)8038 / 90 1418 or by e-mail: mberwanger@schoen-klinik.de . We will remove your procedure from our records after these 6 weeks.

We kindly ask you to transfer the estimated total cost of **€ 30.556,00** into the following account. We should like to point out that in case of price changes, the prices which are applicable on the day of admission will be invoiced.

Bank details:

Remittee:	Schön Klinik Vogtareuth SE & Co. KG
Bank:	Deutsche Bank
Bank identification number:	700 700 10
Account number:	7 317 779
IBAN:	DE97 700700100731777900
BIC:	DEUTDEMM
Reason for transfer:	Name of the patient, Vorschuss

This cost estimate has been provided without having seen the patient in advance. However, the duration of treatment depends on already existing complications or complications which occur during the treatment. Please be advised that this is a cost estimate and that the actual costs may be different.

Payment conditions:

A confirmation of cost coverage issued by embassies or consulates made out to the Schön Klinik Vogtareuth will only be accepted after consultation with the Patient Management. A guarantee of costs on the basis of form E112 / S2 is recognized. Please bring the original form latest on the day of hospital admission.

We should like to point out that, in the case of self-pay patients, we can issue an invitation letter for the visa only after 50 % of the total treatment costs have been transferred into the account of the Schön Klinik Vogtareuth. The remaining amount has to be booked to the account of the Schön Klinik Vogtareuth at the very latest two weeks prior to the date of admission.

As a matter of course, after the patient's discharge, any remaining money which has not been used, will be credited in full.

Sincerely,

Gabi Schlegl
Patient Management



08.05.2023/ АЛАНИЯ

Счет на оплату программы «Otisium»

Merkez mahallesi, Hastepe caddesi, Esentepe sokak. Ünal villaları no. 36/C
Kestel/ALANYA

+90 507 352 98 27 otisiumtr@gmail.com www.otisium.com

Имя ребенка: Арина Курьян
Имя родителя: Елена Курьян
Сумма к оплате: 19400€
Сроки заездов: 3 курса по 8 недель в период 2023-2024

Содержание программы:

Кинезиотерапия, саморегуляция, психолого-коррекционная помощь, реабилитация по программе "Отизиум", социализация, иппотерапия, сервис (доставка студента в центр на личном автомобиле, в начале и конце рабочего дня, к месту его пребывания), обед, полдник, напитки, творческая и художественная деятельность. Данный счет не включает стоимость билетов на самолет, трансфер из/в аэропорт, оплату проживания и коммунальных услуг, питание ребенка вне центра «Отизиум» и расходы на личные нужды семьи.

* Предоплата не возвращается, если ребенок не приезжает. Даты обучения в центре «Отизиум» можно перенести на свободные даты, предварительно согласовав сроки обучения с руководством центра и в том случае, если семья предупредит об изменении даты начала обучения заранее, не позднее чем за три месяца до даты начала обучения (за исключением случаев полного закрытия границ). Обучение по программе должно быть перенесено на ближайшие 12 месяцев с момента первоначальной согласованной даты обучения.

Счёт:

Имя получателя: Erdal Ateş

Yapı kredi bankası

Счет в евро IBAN: TR820006701000000069686429

Swift code: YAPITRISXXX

Исполнительный директор:

Erdal Ateş

Генеральный директор:

Ibrahim Acar

otisium
otizm spor yasam uygulama merkezi
Ibrahim ACAR
Kestel M. Hastepe C. Esentepe S. No:36 Alan:
Tel: 0506 627 31 61 Alanya /T.C. +264303674