

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczący skorzystania z programu: „*Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej zamieszkałych na terenie powiatu nowotarskiego w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym w Nowym Targu*”

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: - - PESEL

(dzień) (miesiąc) (rok)

Adres zamieszkania

Kod pocztowy - Miejscowość _____

Ulica _____

Nr budynku _____

Telefon kontaktowy _____

Do programu kwalifikują się:

- osoby w wieku aktywności zawodowej dotknięte dysfunkcją układu ruchu
- które złożą formularz zgłoszeniowy, ankietę danych osobowych wraz z kompletną dokumentacją przebiegu schorzenia w Rejestracji Zakładu Fizjoterapii w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym w Nowym Targu, ul. Szpitalna 14 w godzinach 7-17 od poniedziałku do piątku, tel. 182633521
- które akceptują warunki uczestnictwa w projekcie (cykl rehabilitacji trwa 4 tygodnie, 3 razy w tygodniu po 2h poprzedzony udziałem w programie edukacyjnym – 1 spotkanie po 2h)

1. Moje rozpoznanie chorobowe to rozpoznana dysfunkcja narządu ruchu będąca skutkiem *(właściwe podkreślić)*:

- wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65 - Q79 według klasyfikacji ICD-10)
- choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu
- biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47, M00 - M25)
- choroby układowej tkanki łącznej (M32 - M35)
- urazu, w tym złamań i amputacji (S40 - S99, T91 - T95, Z89)

2. W związku z ww. rozpoznaniem chorobowym byłem/ byłam leczona *(właściwe podkreślić, jeżeli dotyczy)*:

- szpitalnie, w okresie _____
- sanatoryjnie, w okresie _____
- ambulatoryjnie, w okresie _____

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi w punkcie drugim należy do formularza zgłoszeniowego dołączyć kserokopie odpowiednich dokumentów:

- kartę/karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- kartę/karty informacyjne leczenia sanatoryjnego,
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego.

3. Choroby współistniejące (*właściwe podkreślić lub wymienić, jeżeli dotyczy*):

- cukrzyca
- nadciśnienie
- choroby tarczycy
- inne _____

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Do formularza **należy obowiązkowo** załączyć:

- kserokopie wyników badania obrazowego Rtg nie starsze niż 3 lata
- w przypadku nieurazowych obrzęków i bólów stawów kończyn dolnych i górnych: morfologię, OB, CRP, latex, kwas moczowy wydanych nie później niż miesiąc wstecz.

Dodatkowo można załączyć:

- kserokopie wyników badań obrazowych (TK, MR, USG) i neurofizjologicznych (EMG) nie starsze niż 3 lata.

UWAGA! Skierowanie od lekarza rodzinnego **nie jest wymagane**

4. Oświadczam, że zamieszkuję, na terenie województwa małopolskiego w powiecie nowotarskim.

Data _____ Podpis _____

5. Oświadczam, że jestem (*właściwe proszę podkreślić*):

- osobą zatrudnioną,
- samozatrudnioną,
- bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy.

Data _____ Podpis _____

6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie świadczeń rehabilitacyjnych, skorzystania z porad lekarskich oraz wzięcia udziału w programie edukacyjnym w ramach Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej zamieszkałych na terenie powiatu nowotarskiego w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym w Nowym Targu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wdrożenia i realizacji projektu

Data _____ Podpis _____

7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji.

Data _____ Podpis _____