

Zarządzenie Nr 72/2021

Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego

Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu

z dnia 15.11.2021 r.

w sprawie: zmiany Zarządzenia Nr 1/2020 z dnia 02.01.2020 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu realizacji projektu pt. „Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego” w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

Na podstawie:

- art. 2 ust. 2 pkt. 1, art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.),
- § 7 Statutu Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu,
- Uchwały nr 2359/283/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 27.10.2021 r. w sprawie wprowadzenia zmian dotyczących okresu realizacji „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022”,

zarządzam, co następuje:

§ 1

W związku ze zmianą okresu realizacji Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022 tj. od 2019 r. do 2023 r. zmianie ulega Zarządzenie Nr 1/2020 Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu z dnia 02.01.2020 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu realizacji projektu pt. „Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego” w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu, w następujący sposób:

- Załącznik nr 4 do Regulaminu otrzymuje nowe brzmienie ustalone w Załączniku nr 1 do niniejszego Zarządzenia,
- Załącznik nr 9 do Regulaminu otrzymuje nowe brzmienie ustalone w Załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia,
- Załącznik nr 10 do Regulaminu otrzymuje nowe brzmienie ustalone w Załączniku nr 3 do niniejszego Zarządzenia,
- Załącznik nr 11 do Regulaminu otrzymuje nowe brzmienie ustalone w Załączniku nr 4 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Nadzór i kontrolę nad realizacją niniejszego Zarządzenia powierza się Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych.

§ 3

Pozostałe zapisy Zarządzenia Nr 1/2020 Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu z dnia 02.01.2020 r. wprowadzenia Regulaminu realizacji projektu pt. „Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego” w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu nie ulegają zmianie.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
[Podpis]
lek. med. Beata Frąszczak

Otrzymują:

- 1) mgr Marta Kwiatkowska – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno – Eksploatacyjnych.....
- 2) mgr Karolina Rejmańska – Kierownik Działu Organizacyjno – Logistycznego
- 3) mgr Justyna Wisefka – Główny Księgowy.....
- 4) lek. med. Beata Pierzchała – Lekarz Naczelny, Ordynator Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dorosłych.....
- 5) lek. med. Piotr Śliczny – Z-ca Ordynatora Oddziału Leczniczo – Rehabilitacyjnego dla Dorosłych.....
- 6) mgr Aurelia Kubik – Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału dla Dorosłych.....
- 7) mgr Beata Frąszczak – p.o. Kierownik Działu Rehabilitacji dla Dorosłych.....
- 8) Wiesława Krutak – Kierownik kuchni.....
- 9) mgr inż. Aleksander Gajda – Inspektor Ochrony Danych Osobowych.....
- 10) mgr Elżbieta Żarłok – Kierownik Działu Statystyki Medycznej i rozliczeń z NFZ.....
- 11) mgr Patrycja Musiał – St. Statystyk Medyczny, Sekretarka Medyczna.....
- 12) mgr Beata Tengler – Asystent Psychologii Klinicznej.....

a/a

Sporządziła: K. Wawrzuta

[Podpis]

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Administracyjno-Exploatacyjnych

[Podpis]
mgr Marta Kwiatkowska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**Regulamin przyznawania bezpłatnego dojazdu
na kompleksową rehabilitację leczniczą dla Pacjentów**

w ramach Programu „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego na lata 2019 – 2023” realizowanego przez Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu

§ 1

1. Zgodnie z Regulaminem Projektu przewiduje się przyznawanie bezpłatnego dojazdu na kompleksową rehabilitację leczniczą dojazdu dla Uczestników Projektu pt. **„Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego”**
2. Dojazd na rehabilitację jest organizowany przez Szpital.

§ 2

Bezpłatny dojazd przysługuje 36 pacjentom biorącym udział w Programie do wyczerpania limitu miejsc.

§ 3

1. Uczestnik Projektu chcący skorzystać z bezpłatnej usługi dowożenia na rehabilitację leczniczą składa wniosek, najpóźniej w dniu pierwszej wizyty lekarskiej, w Biurze Projektu. Wzór wniosku stanowi **Załącznik A** do niniejszego Regulaminu.
2. Wniosek podlega weryfikacji przez Pracownika Szpitala oraz ocenie przez Kierownika Działu Organizacyjno – Logistycznego lub osobę zastępującą która podejmuje decyzje o przyznaniu bezpłatnego dojazdu na kompleksową rehabilitację.
3. Przyznanie bezpłatnego dojazdu Uczestnikom Projektu będzie rozpatrywane indywidualnie w zależności od sytuacji uczestnika, w tym że priorytetowo będzie przysługiwał osobom niepełnosprawnym.
4. Bezpłatnym dojazdem mogą zostać objęte jedynie osoby, które mieszkają poza gminą Jaworze.
5. Maksymalna odległość bezpłatnego dojazdu między miejscem zbiórki a miejscem realizacji Projektu może wynosić maks. 15 km.
6. Beneficjent zastrzega możliwość odmowy przyznania bezpłatnego dojazdu, w sytuacji wyczerpania limitu miejsc przewidzianych w projekcie lub też w innych uzasadnionych przypadkach.

4

§ 4

1. Uczestnik Projektu któremu przyznano możliwość bezpłatnego dojazdu zostanie poinformowany o tym fakcie osobiście lub telefonicznie przez wyznaczonego Pracownika Szpitala.
2. Uczestnik Projektu będzie miał zapewniony dojazd samochodem służbowym Szpitala kierowanym przez wyznaczonego pracownika Szpitala posiadającego uprawnienia do kierowania pojazdem.
3. Uczestnik Projektu zostanie poinformowany o miejscu i godzinie zbiórki.

§ 5

Uczestnik Projektu korzystający z bezpłatnego dojazdu jest zobowiązany do złożenia w Biurze Projektu oświadczenia o korzystaniu z bezpłatnego dojazdu na kompleksową rehabilitację leczniczą stanowiącego **Załącznik B** do niniejszego Regulaminu.

§ 6

1. Szpital zastrzega sobie prawo do zmian i uzupełniania Regulaminu w trakcie trwania projektu.
2. Regulamin dostępny jest w Biurze Projektu.
3. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem, rozstrzyga Szpital zgodnie z wytycznymi Instytucji Pośredniczącej odnośnie realizacji umowy o dofinansowanie projektu.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Imię i nazwisko Uczestnika Projektu

Jaworze, dn.

.....
Adres

.....
Tel.

**Wniosek na dowożenie na kompleksową rehabilitację leczniczą
w ramach Projektu pt. „Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami
przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego”**

Proszę o dowóz na kompleksową rehabilitację leczniczą w dniach

Oświadczam, że* :

- posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności ruchowej,
- mieszkam poza gminą Jaworze**,
- odległość między miejscem zbiórki a miejscem realizacji projektu wynosi nie więcej niż 15 km**,

Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu przyznawania bezpłatnego dojazdu na kompleksową rehabilitację leczniczą dla Pacjentów w ramach Programu „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego na lata 2019 – 2023” realizowanego przez Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

.....
Podpis Uczestnika Projektu

Potwierdzenie danych:

Data

.....
Podpis osoby weryfikującej dane

Decyzja: ZGODA / BRAK ZGODY*

.....
Podpis osoby wyznaczonej

*WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

**w przypadku braku zaznaczenia bezpłatny dojazd nie będzie przysługiwał

4



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Imię i nazwisko Uczestnika Projektu

Jaworze, dn.

.....
Adres

Oświadczenie

Oświadczam, że korzystałam/łem z bezpłatnego dojazdu na kompleksową rehabilitację leczniczą w ramach Programu „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego na lata 2019 – 2023” realizowanego przez Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu pt. „Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego”.

.....
Podpis Uczestnika Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



UMOWA UCZESTNICTWA

zawarta w Jaworzu w dniu pomiędzy:

Beskidzkim Zespołem Leczniczo – Rehabilitacyjnym

Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu

43-384 Jaworze, ul. Słoneczna 83

reprezentowanym przez: Dyrektora – dr n. med. Grażynę Habdas

zwanym dalej „*Beneficjentem*”,

a

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

zamieszkałym/a w

PESEL

zwanym/a dalej „*Uczestnikiem Programu*”,

zwani dalej łącznie „*Stronami*”

o następującej treści:

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział w „**Regionalnym programie rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego na lata 2019 – 2023**” (zwanego dalej w treści umowy „*Programem*”) w ramach Projektu pt. „**Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego**” (zwanego dalej w treści umowy „*Projektem*”) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, realizowanego przez Beneficjenta.
2. Zasady uczestnictwa w Projekcie, o którym mowa w ust. 1 określa Regulamin realizacji projektu pt. „**Wskazujemy najlepszą drogę do sprawności – rehabilitacja osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stanowego i mięśniowego**” (zwanego dalej w treści umowy „*Regulaminem*”) przyjęty Zarządzeniem Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo – Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

§ 2

Oświadczenia Uczestnika Projektu

1. Uczestnik Programu oświadcza, iż zapoznał się z treścią Regulaminu i zobowiązuje się do respektowania zawartych w nim postanowień oraz oświadcza, że spełnia warunki uczestnictwa w Projekcie w nim określone.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



2. Uczestnik Programu oświadcza, że wszystkie jego dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w trakcie rekrutacji są zgodne z prawdą i aktualne, a w przypadku ich zmiany w trakcie obowiązywania niniejszej umowy niezwłocznie powiadomi o tym Beneficjenta.

§ 3

Opis Projektu

1. W ramach Programu Beneficjent udziela Uczestnikowi Programu – kompleksowej rehabilitacji leczniczej jako form wsparcia obejmujące:
 - trzy wizyty lekarskie realizowane przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej zgodnie z cyklem Programu,
 - dwie porady fizjoterapeutyczne zgodnie z cyklem Programu,
 - działania w zakresie edukacji zdrowotnej, żywieniowej i psychoedukacji zgodnie z cyklem Programu,
 - indywidualny plan rehabilitacyjny (przez min. 15 dni).
2. **Udział w Programie jest bezpłatny, pod warunkiem realizacji obowiązków wynikających z niniejszej umowy oraz z Regulaminu.**
3. Poszczególne formy wsparcia odbędą się w terminach wyznaczonych przez Beneficjenta.
4. Uczestnik Programu zobowiązany jest do uczestniczenia we wszystkich formach wsparcia.
5. Beneficjent zastrzega sobie możliwość zmiany terminów wsparcia z przyczyn niezależnych od niego.

§ 4

Okres trwania umowy

1. Umowa uczestnictwa zostaje zawarta na czas realizacji Projektu przez Beneficjenta oraz wywiązania się Uczestnika Programu ze wszystkich zobowiązań wobec Beneficjenta, określonych w niniejszej Umowie.
2. Beneficjent może rozwiązać niniejszą umowę uczestnictwa w sytuacji, gdy Uczestnik Programu, naruszy postanowienia Regulaminu lub niniejszej umowy.

§ 5

Obowiązki Uczestnika Projektu

Uczestnik Programu zobowiązany jest do:

- przestrzegania Regulaminu projektu,
- aktywnego uczestnictwa w Programie w tym:
 - systematycznego i punktualnego uczestniczenia we wszystkich formach wsparcia, w terminach i miejscach wyznaczonych przez Beneficjenta,
 - potwierdzenia swojej obecności na zajęciach edukacji zdrowotnej, żywieniowej oraz psychoedukacji poprzez złożenie podpisu na przedkładanej liście obecności,
 - wypełniania pre-testów i post-testów w ramach działań edukacyjnych,
 - wypełniania ankiet ewaluacyjnych,



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- wypełnienia ankiety satysfakcji pacjenta – Uczestnika Programu oraz dokumentu potwierdzającego udział w kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- przedłożenia zaświadczenia o zatrudnieniu po zakończeniu uczestnictwa w Programie,
- udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w projekcie instytucjom zaangażowanym we wdrażanie poddziałania 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.
- wypełniania innych niezbędnych oświadczeń i dokumentów potrzebnych Beneficjentowi do rozliczenia projektu.

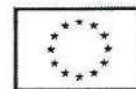
§ 6

Rezygnacja i wykluczenie z Programu

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo skreślenia Uczestnika Programu z listy Uczestników Programu w następujących przypadkach:
 - stwierdzenia naruszenia postanowień niniejszej Umowy oraz Regulaminu,
 - naruszenia porządku organizacyjnego realizacji Programu,
 - nieobecności z nieuzasadnionych przyczyn w ustalonych terminach.
2. Uczestnik Programu, który został zakwalifikowany do udziału w Programie i rozpoczął w nim udział, może zrezygnować z uczestnictwa, bez ponoszenia konsekwencji finansowych, tylko w wyniku ważnych zdarzeń losowych dotyczących jego osoby lub członków jego rodziny (np. poważna choroba Uczestnika lub członków najbliższej rodziny) lub w przypadku zdarzeń wykluczających Uczestnika Programu z możliwości dalszego udziału (tj. stwierdzenie przeciwwskazań do udziału przez lekarza). Fakt ten odnotowuje się w dokumentacji rekrutacyjnej.
3. Beneficjent zastrzega sobie prawo do oceny istnienia przesłanek, o których mowa wyżej, uzasadniających rezygnację Uczestnika Programu poprzez żądanie od Uczestnika Programu przedstawienia stosownych dokumentów potwierdzających okoliczności nieobecności lub wystąpienia zdarzeń losowych.
4. Rezygnacja z udziału w projekcie następuje poprzez złożenie pisemnego oświadczenia, które winno być złożone bez zbędnej zwłoki.
5. W razie uznania, że:
 - rezygnacja z uczestnictwa w Programie była nieuzasadniona,
 - Uczestnik Programu zrezygnował bez uzasadnienia,
 - zachodzi przesłanka, o której mowa w ust. 1,Beneficjent obciąży Uczestnika Programu kosztami jego uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w ramach Projektu.
6. Kwota obciążenia będzie wyliczona na podstawie poniesionych kosztów przez Beneficjenta określonych w Programie.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



§ 7

1. W trakcie uczestnictwa w Programie obowiązuje zakaz spożywania alkoholu oraz innych substancji odurzających.
2. Uczestnik Programu pokrywa wszelkie koszty związane z usunięciem wyrządzonych przez siebie szkód i zniszczeń powstałych podczas uczestnictwa w poszczególnych formach wsparcia.

§ 8

Prawa i obowiązki Beneficjenta

1. Beneficjent oświadcza, że spełnia wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w Programie określone przepisami zawartymi w załączniku 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dot. świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna).
2. Beneficjent zobowiązuje się do starannego i zgodnego z przepisami prowadzenia dokumentacji medycznej Uczestników Programu.

§ 9

Dane osobowe

Przetwarzanie danych osobowych Uczestników Projektu odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1791).

§ 10

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie postanowienia Regulaminu oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Ewentualne spory związane z realizacją niniejszej umowy strony będą starały się rozwiązać polubownie.
4. W przypadku braku porozumienia spór rozpozna sąd powszechny właściwy dla siedziby Beneficjenta.
5. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Podpis Beneficjenta

.....
Podpis Uczestnika Programu



Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2023”

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyt lekarskich

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazywania informacji?					

III. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów?					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów?					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetów?					
wyposażenie sal zabiegowych					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

4

....., dnia

.....
Pieczęć placówki / instytucji

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH
REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z CHOROBY PRZEWLEKŁYMI UKŁADU
KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2023**

Niniejszym potwierdza się, że Pan/i/, uczestniczył/a/
w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej w terminie od do

1. W czasie trwania Kompleksowej rehabilitacji leczniczej uczestnik/ka/ otrzymał/a następujące rodzaje świadczeń zdrowotnych:

- Pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej
- Pierwsza porada fizjoterapeutyczna
- Indywidualny plan rehabilitacyjny (fizjoterapia, terapia zajęciowa, ew. konsultacje indywidualne)
- Wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych
- Druga porada fizjoterapeutyczna
- Kontrolna wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji

2. Indywidualny plan rehabilitacyjny obejmował następujące interwencje¹:

- Kinezyterapia indywidualna
- Kinezyterapia grupowa
- Masaż leczniczy
- Zabiegi fizykoterapii
-
-
-

¹ Zakres usług wraz z przykładem opisu został zawarty w Części III pkt 3.2 Tabeli 7. *Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Regionalnego programu rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2023*

pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę / instytucję

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z CHOROBAМИ PRZEWLEKŁYMI
UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2023**

Imię i nazwisko uczestnika

Nr PESEL

Oświadczam, że brałem/am/ udział w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej, w ramach której otrzymałem/am/ wykazany powyżej zakres usług w ramach Indywidualnego plan rehabilitacyjnego.

Data i podpis uczestnika projektu