

Załącznik nr 7
do Regulaminu Projektu „Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową”
WND-RPSL.08.03.02-24-00G6/19

Goczałkowice Zdrój, 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 2019-2022**

Niniejszym potwierdza się, że Pan/i/,

uczestniczył/a w Projekcie: „Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową” w terminie
od do
i w jego ramach odbył Kompleksową Rehabilitację Leczniczą.

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 po 2 miesiącach od ukończenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych;
 - Kontrolna wizyta u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych.
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny obejmował następujące interwencje¹:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

.....
pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę/instytucję
bądź osoby upoważnionej do reprezentowania

¹ Zakres usług wraz z przykładem opisu został zawarty w Części III pkt 3.2 Tabeli 6. *Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022*

Załącznik nr 7
do Regulaminu Projektu „Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową”
WND-RPSL.08.03.02-24-00G6/19

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W
RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z CHOROBY PRZEWLEKŁYMI
UKŁADU KOSTNO – STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2022**

.....
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