

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego”

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Imię i nazwisko uczestnika/czki: Adres: Pesel:		Spełniam	Nie spełniam
Wiek	Jestem kobietą w wieku 50 do 59 roku życia / Jestem mężczyzną w wieku od 50 do 64 roku życia		
Miejsce zamieszkania	Mieszkam na terenie miasta Bytom lub powiatu ościennego : Chorzów, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Świętochłowice, tarnogórski, Zabrze		
Stan zdrowia	Rozpoznano u mnie chorobę przewlekłą układu kostno-stawowego lub mięśniowego w wywiadzie*		
	Nie korzystałem / łaam w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wymienionych jednostek chorobowych*		
Aktywność zawodowa	Jestem osobą aktywną zawodowo / aktywnie poszukuję pracy i deklaruję gotowość do jej podjęcia <i>(niewłaściwe skreślić)</i>		
Dokumenty	Chcę uczestniczyć w projekcie, co potwierdzam podpisem w złożonych poniżej formularzach: 1. Formularz zgłoszenia uczestnika/uczestniczki Projektu. 3. Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w projekcie 4. Deklaracja uczestnictwa w Projekcie 5. Oświadczenie uczestnika/uczestniczki projektu dotyczące danych osobowych		

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis Uczestnika Projektu]

* wg ICD-10:

- (M15) zwyrodnienia wielostawowe
- (M16) choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza)
- (M17) choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza)
- (M18) choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego
- (M19) inne choroby zwyrodnieniowe
- (M47) zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
- (M47) choroby kręgow szyjnych
- (M51) inne choroby krążka międzykręgowego
- (M54) bóle grzbietu

Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego”

KWALIFIKACJA UCZESTNIKA/CZKI

Spełnienie warunków uczestnictwa w projekcie	Tak	
	Nie	

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis osoby kwalifikującej]

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	Tak	
	Nie	

Potwierdzenie rozpoznania choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub mięśniowego	Tak	
	Nie	

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis Lekarza Specjalisty Rehabilitacji Medycznej]