



**ZALECENIE UDZIAŁU
W PROGRAMIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCYM POWROTY DO PRACY
W RAMACH PROJEKTU:**

*„SAMED REHA-Kompleksowe wsparcie z zakresu rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej dla
mieszkańców woj. opolskiego”
RPOP.07.04.00-16-0002/20*

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres	
Numer telefonu	

Oświadczam, że Pacjent kwalifikuje się do udziału w programie.

Czynniki ryzyka (proszę o podanie wartości w oparciu o aktualne wyniki badań):

1. palenie tytoniu
2. ciśnienie tętniczemmHg
3. stężenie cholesterolu LDLmmol/l lub..... mg/dl
4. stężenie hemoglobiny glikowanej% lub
5. stężenie glukozy na czczommol/l lubmgdl)
6. wskaźnik masy ciała (BMI)kg/m²

Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pacjenta: w projekcie „SAMED REHA-Kompleksowe wsparcie z zakresu rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej dla mieszkańców woj. opolskiego”- RPOP.07.04.00-16-0002/20 w ramach:

-BLOK NR I-REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

-BLOK NR II-REHABILITACJA NEUROLOGICZNA*

.....

data

.....

podpis i pieczęć os. przeprowadzającej badanie

*podkreślić odpowiednie