

Załącznik nr 3 do umowy nr .....

**Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej  
mieszkańców gminy Świąciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”  
zwanego dalej Programem**

**I. Dane uczestnika programu:**

Nazwisko	
Imię	
NR PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Tel. kontaktowy	

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

**Oświadczenia uczestnika Programu**

**II. 1. Zgoda na udział w Programie:**

*Wyrażam zgodę na udział w Programie, w tym na przeprowadzenie cyklu zabiegów rehabilitacyjnych oraz na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w programie. Potwierdzam, iż otrzymałem/am informację o przetwarzaniu danych osobowych przez Wójta Gminy Świąciechowa, jako administratora danych.*

*2. Oświadczam, że jestem zameldowany/a pod adresem wskazanym w pkt I na pobyt stały/czasowy.*

*3. Oświadczam, że nie korzystałem/am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu*

*4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.*

*\* niewłaściwe skreślić*

.....  
data i podpis uczestnika Programu

**III. Kwalifikacja do Programu:**

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
--	--

Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

\* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

#### IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu:

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
Działania edukacyjne	<p>Wynik pre-testu: .....</p> <p>Wynik post-testu: .....</p> <p>Utrzymanie poziomu wiedzy lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 10%: TAK NIE</p>
Indywidualny plan rehabilitacji	<p>Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: .....</p> <p>Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: .....</p> <p>Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS: TAK NIE</p>

.....  
data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty