



Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Copernicus PL Sp. z o. o.

Tytuł projektu: **Priorytet Kręgosłup**

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0023/19-00/24/2020/232

Tytuł programu profilaktycznego: Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<p><u>I Wizyta u lekarza medycyny pracy</u></p> <p><input type="checkbox"/> Żółta flaga – skierowanie na warsztaty rehabilitacji ruchowej</p> <p><input type="checkbox"/> Czerwona flaga – skierowanie na badania diagnostyczne</p> <p>-Liczba dni w pracy z bólem kręgosłupa w ciągu ostatnich 3 miesięcy: dni</p> <p>-Liczba dni na zwolnieniu lekarskim z powodu bólu kręgosłupa w ciągu ostatnich 3 miesięcy: dni</p> <p><u>Badania diagnostyczne</u></p> <p><input type="checkbox"/> Badanie OB</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie morfologii krwi</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie CRP</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie obrazowe RTG miednicy</p> <p><u>II Wizyta u lekarza medycyny pracy</u></p> <p><input type="checkbox"/> Żółta flaga – skierowanie na warsztaty rehabilitacji ruchowej</p> <p><input type="checkbox"/> Czerwona flaga – skierowanie do dalszej diagnostyki poza projektem</p>
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	