



Oświadczenie personelu medycznego i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu

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

| Data rozpoczęcia udziału w warsztatach rehabilitacji ruchowej: | Data zakończenia udziału w warsztatach rehabilitacji ruchowej: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|---------------|---------------|--|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych | <p><u>I Warsztaty rehabilitacji ruchowej</u></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Data</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Podpis</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 h + Porada edukacyjna</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 h</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 h</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>II Warsztaty rehabilitacji ruchowej</u></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 h</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 h</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 h</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <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> | | <u>Data</u> | <u>Podpis</u> | <input type="checkbox"/> 1 h + Porada edukacyjna | | | <input type="checkbox"/> 2 h | | | <input type="checkbox"/> 3 h | | | <input type="checkbox"/> 1 h | | | <input type="checkbox"/> 2 h | | | <input type="checkbox"/> 3 h | | |
| | | <u>Data</u> | <u>Podpis</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 h + Porada edukacyjna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko uczestnika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis uczestnika projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres podmiotu leczniczego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko fizjoterapeuty przeprowadzającego warsztaty rehabilitacji ruchowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis i pieczęć fizjoterapeuty przeprowadzającego warsztaty rehabilitacji ruchowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* należy wypełnić na ostatnich zajęciach warsztatów rehabilitacji ruchowej