........................., dnia .........................

…………………………………………..

Pieczęć placówki / instytucji

**MINIMALNY WZÓR**

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU W KONSULTACJI LEKARSKIEJ KWALIFIKUJĄCEJ DO PROGRAMU   
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB CHORYCH NA NOWOTWORY UKŁADU POKARMOWEGO NA LATA 2019-2022**

Niniejszym potwierdza się, że Pan/i/ ......................................................................., uczestniczył/a/

w konsultacji lekarskiej kwalifikującej, podczas której:

* został/a
* nie został/a

zakwalifikowana do udziału w Programie.

(WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU KWALIFIKACJI DO PROGRAMU)

Potwierdzam weryfikację rozpoznania choroby nowotworowej układu pokarmowego oraz zakończenie radykalnego leczenia onkologicznego. Stwierdzam brak przeciwskazań do udziału   
w Programie.

Kwalifikuję pacjenta do udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach:

* ambulatoryjnych;
* sanatoryjnych.

……........................................................................

pieczęć i podpis lekarza

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KONSULTACJI LEKARSKIEJ KWALIFIKUJĄCEJ DO PROGRAMU W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB CHORYCH NA NOWOTWORY UKŁADU POKARMOWEGO NA LATA 2019-2022**

...................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika

Nr PESEL .......................................................................

Oświadczam, że brałem/am/ udział w konsultacji lekarskiej kwalifikującej do programu.

...................................................................

Data i podpis uczestnika projektu