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

…………………………………………..

Pieczęć placówki / instytucji

**MINIMALNY WZÓR**

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W WARUNKACH SANATORYJNYCH W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB CHORYCH NA NOWOTWORY UKŁADU POKARMOWEGO NA LATA 2019-2022**

Niniejszym potwierdza się, że Pan/i/ ......................................................................., uczestniczył/a/   
w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach **sanatoryjnych** w terminie od .............................   
do .............................

1. W czasie trwania Kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach **sanatoryjnych** uczestnik/ka/ otrzymał/a następujące rodzaje świadczeń, w tym zdrowotnych:

* Porada fizjoterapeutyczna;
* Zakwaterowanie w pokoju 2-osobowym oraz wyżywienie w formie trzech posiłków (śniadanie, obiad, kolacja);
* Wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę rehabilitacji medycznej (po kursie z podstaw balneologii);
* Program rehabilitacji onkologicznej (14 dniowy);
* Całodobowa opieka pielęgniarska,
* Działania edukacyjne:
  + 3 spotkania (45 min każde) w zakresie edukacji zdrowotnej,
  + 1 spotkanie (45 min) w zakresie edukacji żywieniowej,
  + 3 spotkania (45 min każde) w zakresie psychoedukacji
* Indywidualne konsultacje psychologiczne (1 x tydzień, 2 na pobyt);
* Wizyta lekarska w ostatnim dniu pobytu kończąca udział w rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych, realizowana przez lekarza specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę rehabilitacji medycznej (po kursie z podstaw balneologii);
* Kontrolna wizyta u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (kwalifikującego pacjenta do Programu) po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji.

1. Program rehabilitacji onkologicznej obejmował następujące interwencje[[1]](#footnote-1):

* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………

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

pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę / instytucję

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ   
W WARUNKACH SANATORYJNYCH 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 Kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach **sanatoryjnych**, w ramach której otrzymałem/am/ wykazany powyżej zakres usług w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej.

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

Data i podpis uczestnika projektu

1. Zgodnie z zakresem usług wskazanym w Części III pkt. 3.2 *Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II),* ze szczególnym uwzględnieniem pkt B. *Rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych* (…) Regionalnego programu rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022 [↑](#footnote-ref-1)