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

…………………………………………..

Pieczęć placówki / instytucji

**MINIMALNY WZÓR**

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH 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 **ambulatoryjnych** w terminie   
od ............................. do .............................

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

* Porada fizjoterapeutyczna
* 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
* Indywidualny plan rehabilitacyjny[[1]](#footnote-1) (fizjoterapia, terapia zajęciowa, ew. konsultacje indywidualne)
* Kontrolna wizyta u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (kwalifikującego pacjenta do Programu) po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji

1. Indywidualny plan rehabilitacyjny obejmował następujące interwencje[[2]](#footnote-2):

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

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

pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę / instytucję

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ   
W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH 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 ambulatoryjnych, w ramach której otrzymałem/am/ wykazany powyżej zakres usług w ramach Indywidualnego plan rehabilitacyjnego.

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

Data i podpis uczestnika projektu

1. Interwencje dobrane przez lekarza rehabilitacji medycznej podczas pierwszej wizyty lekarskiej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zakres usług wraz z przykładem opisu został zawarty w Części III pkt 3.2 Tabeli 8. *Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika*Regionalnego programu rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022 [↑](#footnote-ref-2)