

....., dnia

.....
Pieczęć placówki / instytucji

POTWIERDZENIE UDZIAŁU W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z CHOROBAМИ PRZEWLEKŁYMI UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2022

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

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

- Konsultacja reumatologiczna
- Pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej
- Pierwsza porada fizjoterapeutyczna
- Indywidualny plan rehabilitacyjny (IPR) - fizjoterapia dobrana przez lekarza rehabilitacji medycznej
- Wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych
- Druga porada fizjoterapeutyczna
- Kontrolna wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji

2. Indywidualny plan rehabilitacyjny obejmował (przykładowy plan IPR):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TM	MASAZ+FIZ	TM	TG+FIZ	TM	TM+FIZ	MASAZ+FIZ	TM+FIZ	TG+FIZ	TM+FIZ	TM+FIZ	MASAZ+FIZ	TM++FIZ	TG+FIZ	TM+FIZ
55	75+10	55	11+10	55	55+10	75+10	55+10	11+10	55+10	55+10	75+10	55+10	11+10	55+10
55	85	55	21	55	65	85	66	21	65	65	85	65	21	65
													Razem:	874

Oznaczenia w planie IPR:

TM – Terapia Manualna (czas trwania: 30 min.)

TG – Terapia Grupowa (czas trwania: 30 min.)

FIZ – Fizjoterapia (czas trwania: 10-30 min.)

Masaż – (czas trwania: 20 min.)

.....
pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę / instytucję

OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE UDZIAŁ W KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI OSÓB Z ZAPALNYMI CHOROBYMI UKŁADU KOSTNO - STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO NA LATA 2019-2022

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Nr PESEL

Oświadczam, że brałem/am/ udział w Kompleksowej rehabilitacji leczniczej, w ramach której otrzymałem/am/ wykazany powyżej zakres usług w ramach Indywidualnego plan rehabilitacyjnego.

.....
Data i podpis uczestnika projektu