



ZALECENIE UDZIAŁU

W PROGRAMIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCYM POWROTY DO PRACY

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

Oświadczam, że Pacjent kwalifikuje się do udziału w programie.

Czynniki ryzyka (proszę o podanie wartości w oparciu o aktualne wyniki badań):

1. Palenie tytoniu
2. Ciśnienie tętniczemmHg
3. Stężenie cholesterolummol/l lub
.....mg/dl
4. Stężenie hemoglobiny glikowanej% lub
5. Stężenie glukozy na czczommol/l lub
.....mgdl
6. Wskaźnik masy ciała (BMI)kg/m²

.....
Miejscowość, data

.....
podpis os. przeprowadzającej badanie

BRZESKIE CENTRUM MEDYCZNE Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzegu realizuje projektu pt. „*Skuteczna rehabilitacja szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa opolskiego*” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VII Konkurencyjny rynek pracy Działanie 7.4 – Wydłużenie aktywności zawodowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).