

Tytuł projektu: Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy

<p><b>OSOBISTY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY i ANKIETA KWALIFIKACYJNA</b> (wypełniony osobiście w miejscu zamieszkania i dostarczony w wersji papierowej do Centrum Diagnostyki i Usprawniania Pacjenta) uczestnika projektu pn. <i>Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy</i></p> <p><i>prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.</i></p>						
<b>DANE UCZESTNIKA</b>						
Imię			Nazwisko			
PESEL			<input type="checkbox"/> Brak PESEL	Płeć		Wiek
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> Podstawowe, <input type="checkbox"/> Gimnazjalne, <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> Policealne		<input type="checkbox"/> Wyższe			
<b>DANE KONTAKTOWE</b>						
Województwo			Powiat			Gmina
Miejscowość			Kod pocztowy			
Ulica			Numer budynku			Numer lokalu
Telefon kontaktowy*						
Adres e-mail*						

\*konieczne podanie jednej z form kontaktu – numer telefonu lub adres e-mail

### ANKIETA - Kwestionariusz oceny funkcjonalnej pacjenta po COVID-19 (skala PCFS)

W jakim stopniu przebieg COVID-19 wpływa na Pani/Pana codzienne życie – należy wybrać <b>wyłącznie jedną</b> z poniższych odpowiedzi, najbardziej odpowiadającą stanowi zdrowia. Właściwą odpowiedź w kolumnie OCENA zaznaczyć <b>kółkiem. OŚWIADCZAM, ŻE:</b>	Ocena
Nie odczuwam żadnych ograniczeń w życiu codziennym ani objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	0
Mogę wykonywać wszystkie moje zwykłe obowiązki, lecz nadal odczuwam objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	1
Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, muszę czasem zrezygnować lub minimalizować ilość codziennych aktywności i obowiązków albo poświęcam na nie więcej czasu. Nadal odczuwam obawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, nie potrzebuję pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu.	2
Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych codziennych aktywności i obowiązków z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób.	3
Mam ograniczenia w życiu codziennym, nie jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób i jestem zależny od opieki innych z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	4

**Wynik przeprowadzonej ankiety:** ..... - (wynik pomiędzy 1-4 kwalifikuje do uczestnictwa w projekcie)

### Oświadczenie uczestnika projektu *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy.*

<input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu w którym dokonałem/am zgłoszenia do projektu miałem/am ukończone 18 lat.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa opolskiego.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że odczuwam skutki wskazujące na powikłania po przebytych COVID-19.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie i akceptuję regulamin projektu.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że będę aktywnie współpracował/a w celu poprawy stanu swojego zdrowia.

Tytuł projektu: Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy

<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu oraz zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę informacyjną odnośnie przetwarzania i administrowania moimi danymi osobowymi.	
<b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA</b>	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<b>Miejsce pracy</b>	
<b>Wykonywany zawód</b>	
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

**Właściwą odpowiedź zaznaczyć „X”:**

- Oświadczam, że ze względu na stan zdrowia nie mogę skorzystać ze zinstytucjonalizowanych form opieki medycznej, w tym rehabilitacji w warunkach oddziału szpitalnego lub w warunkach ambulatoryjnych,
- Ze względu na wykluczenie komunikacyjne nie mam możliwości samodzielnie dotrzeć podmiotów leczniczych,
- Posiadam zaświadczenie o przebytych COVID-19, które dołączam do niniejszego Formularza,
- Nie posiadam zaświadczenia o przebytych COVID-19.

Oświadczam, że wszystkie dane wykazane w formularzu są zgodne ze stanem rzeczywistym. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta