

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

OSOBISTY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY i ANKIETA KWALIFIKACYJNA (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>)						
<i>prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.</i>						
DANE UCZESTNIKA						
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					
DANE KONTAKTOWE						
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 przebycie COVID-19 wpływa na Pani/Pana codzienne życie – należy wybrać wyłącznie jedną z poniższych odpowiedzi, najbardziej odpowiadającą stanowi zdrowia. Właściwą odpowiedź w kolumnie OCENA zaznaczyć kółkiem . OŚWIADCZAM, ŻE:	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 jestem 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.
<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.

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

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
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
Miejsce pracy	
Wykonywany zawód	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
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