**Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19**

**w województwie opolskim – projekt pilotażowy**

……………………………………………………

(*pieczęć nagłówkowa POZ*)

Imię i Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………

PESEL: ……………………………………………………………………………………………………

adres: ……………………………………………………………………………………………………

telefon kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………

**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** | 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 rezygnować 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)*

Po przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego oraz na podstawie oceny motywacji pacjenta do uczestnictwa w programie rehabilitacji po COVID-19, kieruję pacjenta na badania laboratoryjne i do dalszej diagnostyki w Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o. o. w Kup.

……………………………………………………………………

*(data i podpis lekarza kierującego)*

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

1. Mam ukończone 18 lat,
2. Jest mieszkańcem województwa opolskiego,
3. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na uczestnictwo w projekcie *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*.
4. Nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.

……………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis pacjenta)*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, z poźn. zm.), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup**;
* inspektorem ochrony danych osobowych w **Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o. o. z siedzibą w Kup** jest Pan **Beata Duda**, kontakt: [iod@szpital-kup.eu](mailto:iod@szpital-kup.eu) , telefon: 77) 403 28 60
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu realizacji projektu *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*
* Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, uczestniczące w projekcie;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
* W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, przy czym skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą PZP oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, przy czym prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis pacjenta)*