

**Wniosek o włączenie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy**

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Imię i nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: .....

Do wniosku załączam do wglądu dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

- ☐ Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składałem niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- ☐ oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz w trakcie uczestnictwa w programie nie korzystałem/em z powodu tego samego rozpoznania ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, np. w ramach ubezpieczenia NFZ, ZUS, KRUS, w ramach wsparcia PFRON, czy w ramach innego programu finansowanego ze środków EFS+.

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczam również, że \*):

☐

Jestem osobą pracującą.

Moje miejsce pracy to: .....

☐

Jestem osobą bezrobotną poszukującą pracy.

Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w .....

Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Deklaruję również, że poinformuję realizatora Programu, jeśli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).

☐

Jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu.

Uczę się w szkole: .....

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy realizowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027

## ANKIETA WSTĘPNA

Załącznik 10a

Prosimy uprzejmie o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu). Szczególnie ważne jest ustalenie głównego problemu zdrowotnego, jaki wymaga rehabilitacji oraz związanych z nim dolegliwości i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu.

1. Imię i nazwisko uczestnika: ..... 2a. Wiek .....

3. Jestem osobą \*):

2b. Waga (kg) ..... 2c. Wzrost (cm) ..... / BMI=.....

☐ pracującą (wykonywana praca: .....)

☐ bezrobotną (jak długo? .....)

### 4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pani/Pana **główne** dolegliwości, z jakimi zgłosiła się Pani/Pan na rehabilitację w ramach Programu (jeśli jest więcej takich miejsc, proszę zaznaczyć **maksymalnie dwa najważniejsze**).

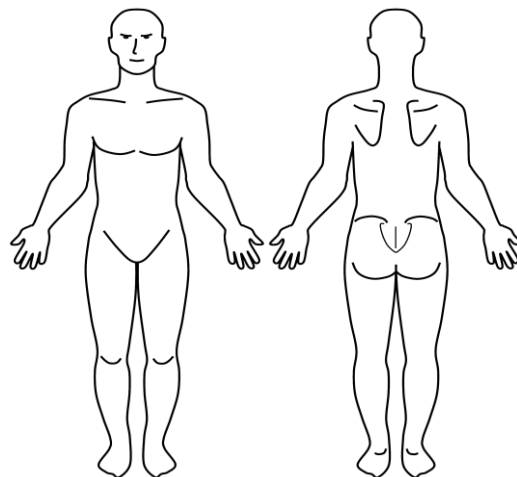
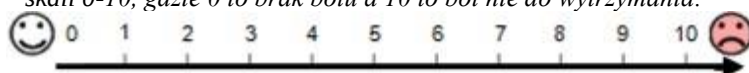
Proszę również zaznaczyć te miejsca na rysunku obok.

Główne miejsce dolegliwości: .....

Czas trwania dolegliwości: ..... miesięcy/lat \*)

### Nasilenie dolegliwości.

Proszę zaznaczyć/podać intensywność bólu używając umownej skali 0-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania:



5. **Zaburzenia funkcji.** Poniższe pytanie pozwolą dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana aktualną sprawność funkcjonowania w życiu codziennym (zgodnie z Pani/Pana odczuciem) - w ciągu ostatniego tygodnia.

### Ubieranie się i dbanie o wygląd

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?

umyć samodzielnie włosy?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc?

Sprzęt?  
(np. laska,  
chodzik)

Innej osoby?

### Wstawanie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

wstać z krzesła bez poręczy?

położyć się do łóżka i wstać?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

### Jedzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

pokroić mięso na talerzu?

podnieść pełną szklankę do ust?

otworzyć nowy karton mleka?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

### Chodzenie

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:

chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?

wejść po pięciu schodach?

Bez żadnej trudności

Z pewną trudnością

Z dużą trudnością

Niezdolna/y do zrobienia

Zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym – ciąg dalszy

|                                                                        | Bez żadnej trudności     | Z pewną trudnością       | Z dużą trudnością        | Niezdolna/y do zrobienia | Czy przy danej czynności potrzebna jest pomoc? |                          |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                        |                          |                          |                          |                          | Sprzęt?<br>(np. uchwyt)                        | Innej osoby?             |
| <b>Higiena</b>                                                         |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| umyć się i wytrzeć?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wykąpać się w wannie?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| usiąść na sedesie i wstać?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sięganie</b>                                                        |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| schylić się aby podnieść odzież z podłogi?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Chwytność</b>                                                       |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| otworzyć drzwi w samochodzie?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| odkręcić i zakręcić kran?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Czynności różne</b>                                                 |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| Czy był(a) Pan/Pani w stanie:                                          |                          |                          |                          |                          |                                                |                          |
| załatwiać różne sprawy, robić zakupy?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wsiąść do samochodu i wysiąść?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| wykonywać prace domowe<br>np.: odkurzanie, prace w ogrodzie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |

6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:

- 1) Aktualnie zażywam **leki**: ☐ przeciwbólowe ☐ rozluźniające ☐ nasenne  
☐ inne leki ..... ☐ nie zażywam leków
- 2) Korzystałam/em z **rehabilitacji**: ☐ ostatni raz ..... miesięcy temu ☐ nie korzystałam/em
- 3) Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie? ☐ TAK ☐ NIE  
 Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy? ☐ TAK ☐ NIE

7. Aktywność fizyczna

- Czy uprawiasz **regularnie** jakiś sport (rekreacyjnie)? ☐ TAK ☐ NIE
- Jeśli TAK, to jaki? .....
- Jak często? ☐ ..... razy w tygodniu / miesiącu ☐ rzadziej
- Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? ..... minut / godzin

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !**

\*) Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwy wybór