

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Adres mailowy:

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 WYNIK wstawić znak X	Ocena	WYNIK
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)

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

1. Oświadczam, że w dniu w którym dokonałem/am zgłoszenia do projektu miałem/am ukończone 18 lat.
2. Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa opolskiego.
3. Oświadczam, że odczuwam skutki wskazujące na powikłania po przebytych COVID-19.
4. Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie.
5. Oświadczam, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.
6. Oświadczam, że będę aktywnie współpracował/a w celu poprawy stanu swojego zdrowia.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu oraz zapoznałem/am się i akceptuję poniższą klauzulę informacyjną.

.....
(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 2016 r. 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 późn. 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 Pani **Beata Duda**, kontakt: 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)