

Załącznik nr 1 do programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”

Zalecenie udziału
w Programie rehabilitacji medycznej ułatwiającym powroty do pracy

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres	
Nr telefonu:	

Oświadczam, że Pacjent kwalifikuje się do udziału w programie.

Czynniki ryzyka (proszę o podanie wartości w oparciu o aktualne wyniki badań):

1. palenie tytoniu
2. ciśnienie tętniczemmHg
3. stężenie cholesterolu LDLmmol/l lub..... mg/dl
4. stężenie hemoglobiny glikowanej% lub
5. stężenie glukozy na czczommol/l lubmgdl)
6. wskaźnik masy ciała (BMI)kg/m²

.....

data

.....

podpis os. przeprowadzającej badanie