

PROGRAM PROFILAKTYCZNY „SENIOR Z WIGOREM”

skierowany dla osób 60+ zamieszkujących miasto Świętochłowice.

Edycja V ukierunkowana jest na przeciwdziałanie urazom i chorobom narządu ruchu.

Program realizowany będzie przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. przy ul. Chorzowskiej 38 od maja do grudnia 2019 r. Program finansowany będzie przez miasto Świętochłowice i Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., **dla uczestnika program będzie bezpłatny**. Programem będzie objętych maksymalnie 60 uczestników, podzielonych na 5 max. 12 osobowych grup.

I grupa – 6 - 31 maja

II grupa - 3 czerwca – 1 lipca (zajęcia potrważą dłużej ze względu na dzień wolny: 20 czerwca)

III grupa – 2 – 27 września

IV grupa - 30 września - 25 października

V grupa - 28 października - 26 listopada (zajęcia potrważą dłużej ze względu na dni wolne: 1 i 11 listopada)

Każdy uczestnik w ramach programu otrzyma:

- ✓ Konsultację lekarza rehabilitacji medycznej wraz ze zleceniem indywidualnych zabiegów rehabilitacyjnych
- ✓ 4 tygodnie zajęć od poniedziałku do piątku w godz. od 10.00-14.00
- ✓ Zajęcia grupowe z fizjoterapeutą/technikiem fizjoterapii
- ✓ Pakiet 20 indywidualnych zabiegów rehabilitacyjnych zleconych przez lekarza zgodnie ze wskazaniami medycznymi (do wyboru: kinezyterapia, elektrolecznictwo, światłolecznictwo, magnetoterapia, hydroterapia)
- ✓ Jeden ciepły posiłek.

Jeżeli jesteś zainteresowany/a udziałem w projekcie wypełnij poniższy wniosek i oddaj go w Kancelarii Ogólnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc skontaktujemy się tylko z wybranymi osobami - pierwszeństwo udziału w projekcie mają osoby, które nie brały udziału w poprzednich edycjach.

O ostatecznej kwalifikacji do programu będzie decydował lekarz.

W razie pytań zadzwoń:

Dział Organizacyjno – Prawny, Biuro Zarządu - 32/621 95 38

Sekretariat Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. - 32/621 95 35

Informacje dot. Danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust.2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. z siedzibą przy ul. Chorzowskiej 38 w Świętochłowicach 41-605.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. jest Marlena Czyżycka, e mail: m.czyzycka@zoz.net.pl
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizacją programu SENIOR Z WIGOREM, na podstawie zgody, która może zostać odwołana w dowolnym czasie.
4. Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. oraz Urząd Miejski w Świętochłowicach (na potrzeby rozliczenia dotacji do programu)
5. Pana/i dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji
6. międzynarodowych.
7. Pana/i dane zgromadzone związku z realizacją programu będą przechowywane przez okres 5 lat.
8. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do usunięcia, po terminie określonym w pkt. 5, prawo do ograniczenia przetwarzania.
9. Posiada Pan/i prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie dotyczących Pana/i danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. W oparciu o Pana/i dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
11. Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wzięcia udziału w programie.

.....
Podpis

WNIOSEK

dla zainteresowanych uczestnictwem w Programie Profilaktycznym „SENIOR Z WIGOREM”

1. Imię..... Nazwisko.....
2. Płeć (proszę zaznaczyć X w prawidłowej kratce): Mężczyzna Kobieta
3. PESEL
4. Masa ciałakg, Wzrostcm
5. Adres zamieszkania: ul.
Kod pocztowy: Świętochłowice Telefon kontaktowy:
6. Aktywność zawodowa (proszę zaznaczyć X w prawidłowej kratce):
Aktywny zawodowo Emeryt Rencista Bezrobotny
7. Schorzenia (proszę zaznaczyć X w prawidłowej kratce):
 nadciśnienie tętnicze dna moczanowa
 dyslipidemia cukrzyca typu 2
 choroba wieńcowa otyłość
 miażdżyca nadwaga
 niewydolność krążenia inne (proszę wpisać jakie).....
8. Stwierdzona nieprawidłowość w badaniach dodatkowych (proszę zaznaczyć X w prawidłowej kratce):
 podwyższony poziom cukru we krwi podwyższony poziom kwasu moczowego
 podwyższony cholesterol inne nieprawidłowości (napisz jakie).....
 inne zaburzenia lipidowe
9. Wywiad rodzinny:
 nadciśnienie dna moczanowa
 cukrzyca Inne.....

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, nr pesel, danych teleadresowych, informacji dotyczących stanu zdrowia, informacji o aktywności zawodowej przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Chorzowskiej 38, 41-605 Świętochłowice, w związku z realizacją programu „Senior z Wigorem”, poprzez wykonywanie czynności związanych z kwalifikacją do programu, sporządzania dokumentacji z realizacji (listy obecności, listy przeprowadzonych zabiegów) oraz przekazywanie korespondencji związanej z programem.

Wyrażam również zgodę na przekazanie w/w danych w niezbędnym zakresie, do Urzędu Miasta Świętochłowice na potrzeby rozliczenia środków otrzymanych z dotacji.

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o podanie powyższych danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu wzięcia udziału w projekcie.

.....
podpis