 

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
„Oswojenie po mastektomii - pomoc w powrocie do aktywności i kobiecości”**

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

**1. Dane Beneficjenta:**

|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO:   |
| ADRES:   |
| WOJEWÓDZTWO / POWIAT:  |
| PESEL:   |
| TELEFON KONTAKTOWY\*:   |
| E-MAIL\*:   |

\* Niewypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

|  |
| --- |
| **2. Informacje o stanie zdrowia pacjentki:**   |
| Leczenie operacyjne | * **Tak**
* **Nie**
 |
| Zastosowanie implantu | * **Tak**
* **Nie**
 |
| Usunięcie węzłów chłonnych | * **Tak-ile?**
* **Nie**
 |
| Leczenie onkologiczne | * **Chemioterapia**
* **Radioterapia**
* **Immunoterapia**
* **hormonoterapia**
 |
| Choroby współistniejące: | * **Tak**
* **Nie**

W przypadku wyboru odpowiedzi ***Tak*** proszę wypisać jakie choroby występują:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy korzystała Pani ze wsparcia psychologicznego?  | * **Tak**
* **Nie**
 |
| Czy przebywa Pani pod opieką lekarzy specjalistów? Jeśli tak, to jakich ?(proszę wymienić specjalizację) | * **Tak**
* **Nie**
 |
| Czy wystąpił obrzęk limfatyczny lub czy występuje od przebytej operacji ? | * **Tak**
* **Nie**

Jeśli tak, czy zostało zastosowane leczenie przeciwobrzękowe? * **Tak**
* **Nie**

Jaki rodzaj?……………………………………………………………………. |
| W którym miejscu lokalizuje się obrzęk? | * **okolice blizny**
* **okolice łopatki**
* **okolica pachy**
* **ramię**
* **przedramię**
* **dłoń**
 |
| Czy stwierdza Pani obniżenie sprawności ręki po stronie operowanej podczas codziennych czynności? | * **Tak**
* **Nie**
 |
| Czy występują inne problemy zdrowotne?  | * **Bóle szyi**
* **Bóle kręgosłupa**
* **Polineuropatia**
* **Inne?**

W przypadku wyboru odpowiedzi ***Inne*** proszę wpisać jakie dolegliwości występują:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy chciałaby Pani skorzystać z konsultacji z dietetykiem? | * **Tak**
* **Nie**
 |

**3. Formy wsparcia, w których Beneficjent chce wziąć udział:**

 Obligatoryjne konsultacje z psychologiem

 Obligatoryjne konsultacje z dietetykiem

 Obligatoryjne Konsultacje z doradcą zawodowym

 Terapia manualna

 Trening rehabilitacyjny

 Drenaż limfatyczny

 Inne, jakie? ………………………………………………

**Beneficjent jest zobligowany do uczestnictwa w zajęciach zgodnie z przekazanym harmonogramem. Harmonogram zostanie wysłany tydzień przed planowaną datą turnusu.**

**4. Preferowany termin udziału w zajęciach projektowych w 2023r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Styczeń |  Lipiec |
| Luty | Sierpień  |
| Marzec |  Wrzesień |
| Kwiecień | Październik |
|  Maj |  Listopad |
| Czerwiec  | Grudzień |

**5. Data operacji:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby,** podanych w Formularzu zgłoszeniowym przez:

**Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu, z siedzibą w Krakowie** (30-408), ul. Odrzańska 13 / 2, KRS 0000749510, w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych, możliwości udzielania pomocy psychologicznej lub korzystania z konsultacji medycznych u specjalistów fizjoterapii.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y, że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, czyli Funduszowi Inicjatyw Obywatelskich (FIO), potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym.

……………………………………………………………………………….

 (data i podpis składającego oświadczenie)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem**

Oświadczam, że zapoznałam się z postanowieniami Regulaminu udzielania wsparcia w ramach turnusu dla kobiet po mastektomii i zobowiązuje się do jego stosowania.

……………………………………………………………………………….

(data i podpis składającego oświadczenie)

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykorzystanie wizerunku**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie zdjęć i materiałów audiowizualnych przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Funduszowi Inicjatyw Obywatelskich (FIO) zawierających mój wizerunek na polach eksploatacji obejmujących:

1)utrwalanie i zwielokrotnianie techniką zapisu magnetycznego oraz cyfrową,

2)wprowadzanie do pamięci komputera i sieci informatycznych,

3)rozpowszechnianie wizerunku – wyświetlanie, odtwarzanie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w tym poprzez systemy informatyczne.

w następujących mediach: w Internecie (w tym na stronie www. Fundacji, na fanpage’u Facebook, itp.), prasie, telewizji.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celach informacyjnych, promocyjnych i marketingowych, w ramach działań realizowanych przez Fundację.

Oświadczenie moje ważne jest do momentu wycofania zgody, jednakże wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam prawa autorskie majątkowe do przekazanych zdjęć i nie będę wnosił roszczeń w sprawach autorstwa.

Oświadczenie moje ważne jest do momentu wycofania zgody, jednakże wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam prawa autorskie majątkowe do przekazanych zdjęć i nie będę wnosił roszczeń w sprawach autorstwa.

 …………...................................................

*(data i podpis składającego wniosek)*