



.....

(miejsowość i data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

MEET THE PINK – Turnus rehabilitacyjno-edukacyjny dla kobiet po mastektomii

Kraków, 4-7.10.2023 r.

(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:

| | |
|-----------------------|--|
| Leczenie operacyjne | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Zastosowanie implantu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

| | |
|---|--|
| Usunięcie węzłów chłonnych | <input type="checkbox"/> Tak - ile? <input type="checkbox"/> Nie |
| Leczenie onkologiczne | <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> hormonoterapia |
| Choroby współistniejące: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie W przypadku wyboru odpowiedzi Tak , proszę wypisać, jakie choroby występują: |
| Czy korzystała Pani ze wsparcia psychologicznego? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy przebywa Pani pod opieką lekarzy specjalistów? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie W przypadku wyboru odpowiedzi Tak , proszę wymienić specjalizacje lekarzy: |
| Czy wystąpił obrzęk limfatyczny lub czy występuje od przebytej operacji ? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli Tak , czy zostało zastosowane leczenie przeciwobrzękowe? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jaki rodzaj? |
| W którym miejscu lokalizuje się obrzęk? | <input type="checkbox"/> okolice blizny <input type="checkbox"/> okolice łopatki |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> okolica pachy <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> przedramię <input type="checkbox"/> dłoń |
| Czy stwierdza Pani obniżenie sprawności ręki po stronie operowanej podczas codziennych czynności? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Czy występują inne problemy zdrowotne? | <input type="checkbox"/> Bóle szyi <input type="checkbox"/> Bóle kręgosłupa <input type="checkbox"/> Polineuropatia <input type="checkbox"/> Inne? <p>W przypadku wyboru odpowiedzi <i>Inne</i>, proszę wpisać, jakie dolegliwości występują:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

3. Opisz krótko historię leczenia:

4. W czym pomoże Ci wsparcie Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu (np. plany zawodowe, rozwój sportowy, udział w zawodach sportowych, realizacja marzeń itp.):

Oświadczam, że wszystkie powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że ponoszę pełną odpowiedzialność w przypadku zatajenia istotnych informacji medycznych.

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

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 Fundacji.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym, przez organizację finansującą turnus rehabilitacyjny:

Fundację Poland Business Run z siedzibą w Krakowie (31-137) przy ul Siemiradzkiego 17/2, posiadająca REGON: 364424465, NIP: 6762507232, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000617320, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy KRS, tel. 123957811, e-mail: biuro@polandbusinessrun.pl

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z postanowieniami *Regulaminu udziału w MEET THE PINK 2023*.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-wideo, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundacji Poland Business Run**. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym, wynikającym z art. 13 RODO, udostępnionym mi przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Załączniki do wniosku:

(proszę zaznaczyć)

- Dokumentacja medyczna poświadczająca przebycie mastektomii*
- Inne (jakie?

***wymagane do rozpatrzenia formularza**