



SKIEROWANIE

do udziału w projekcie „NA ZDROWIE”
Wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego
wspierającego pacjentów w walce z nadwagą i otyłością.
Okres realizacji programu 01.06.2020 – 31.03.2023.

.....
pieczęć placówki kierującej

.....
miejscowość, data

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy -.....

miejscowość powiat

ulica nr

4. WIEK

K / M

5. MASA CIAŁA

WZROST.....

6. OBWÓD TALII

BMI

Zaświadczenie/opinia lekarza:

Pacjent kwalifikuje się do uczestnictwa w Regionalnym Programie Zdrowotnym „NA ZDROWIE” w związku z nadwagą / otyłością. Brak przeciwwskazań do zastosowania dietoterapii i aktywności fizycznej.

UWAGI:

.....
pieczęć, data i podpis lekarza kierującego

Pacjent zgłasza się do biura projektu ze skierowaniem od lekarza oraz wynikami badań laboratoryjnych wykonanych nie później niż 1 miesiąc przed wizytą.

Badania obowiązkowe: morfologia, cholesterol całkowity, LDL, HDL, trójglicerydy, stężenie glukozy na czczo, glikemia przygodna, aminotransferazy wątrobowe, kwas moczowy, ciśnienie tętnicze.