Załącznik Nr 6

do Zarządzenia Nr VIII/5/2024

Wójta Gminy Dobroń

z dnia 09.01.2024r.

**Materiały informacyjne do konkursu ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego**

**„*Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)”* w 2024 r.**

1. Oferent przed złożeniem oferty na realizację programu zdrowotnego **„*Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)”*****w 2024 r.** ma obowiązek zapoznać się z Załącznikiem do Uchwały Nr II/9/2014 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 23 grudnia 2014 roku w sprawie realizacji programu zdrowotnego na 2015 rok, z uchwałą nr XII/90/2015 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie kontynuacji w 2016 roku, z uchwałą nr XXIV/185/2016 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 20 grudnia 2016 roku w sprawie kontynuacji w 2017 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), z uchwałą nr XXXV/278/18 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie kontynuacji w 2018 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), z uchwałą nr II/12/18 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 27 grudnia 2018 r. w sprawie kontynuacji w 2019 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), z uchwałą nr XIII/109/19 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie kontynuacji w 2020 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), uchwałą nr XXII/179/20 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 29 grudnia 2020 r. w sprawie kontynuacji w 2021 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), uchwałą nr XXXIII/255/21 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie kontynuacji w 2022 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia), uchwałą nr XLVI/338/2022 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 29 grudnia 2022 r. w sprawie kontynuacji w 2023 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia) oraz uchwałą nr LIX/418/23 Rady Gminy w Dobroniu z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie kontynuacji w 2023 roku programu pn. „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia).

**2. Cel programu.**

**2.1. Cel główny:**

Celem głównym Programu jest wykrywanie i terapia patologii narządu ruchu i co za tym idzie, poprawa stanu zdrowia mieszkańców gminy Dobroń, głównie poprzez zmniejszenie zachorowalności oraz poprawę jakości życia osób chorych i przywracanie im sprawności.

**2.2. Cele szczegółowe:**

* Usunięcie procesów chorobowych
* Zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby
* Usuwanie dolegliwości
* Zwalczanie bólu
* Zwalczanie stanów zapalnych
* Usprawnianie czynności poszczególnych narządów
* Zwiększanie siły mięśniowej
* Przywracanie prawidłowego zakresu ruchu
* Przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym
* Porady lekarskie specjalistów rehabilitacji medycznej zatrudnionych na umowę zlecenie, ustalanie i kontrolowanie procesu terapeutycznego.
* Zabiegi fizjoterapeutyczne z wykorzystaniem posiadanego sprzętu wykonywane przez technika fizjoterapii i magistra fizjoterapii zatrudnionego na umowę zlecenie.
* Zmniejszenie skutków ubocznych niepełnosprawności ruchowej poprzez wczesne działania diagnostyczno – terapeutyczne.
* Szkolenia pracowników medycznych w zakresie wykrywania uszkodzeń, szybkiego i odpowiedniego diagnozowania oraz pomocy medycznej.
* Konieczna konserwacja i naprawy posiadanego sprzętu tak, aby był stale gotowy i bezpieczny.
* Dodatkowe konieczne zakupy sprzętu rehabilitacyjnego do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych z osobami niepełnosprawnymi ruchowo mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie tej osoby możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
* Zabiegi: światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, pole magnetyczne, ultradźwięki, krioterapia dwutlenkiem węgla.
* Terapia ruchowa indywidualna i grupowa.
* Wykorzystanie nowych technik i metod stymulacji nerwowo – mięśniowej.
* Elementy rehabilitacji manualnej.

**2.3. Oczekiwane efekty:**

* Poprawa stanu zdrowia oraz rozwoju i funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych ruchowo objętych Programem rehabilitacji leczniczej.
* Ograniczenie liczby osób niepełnosprawnych ruchowo, całkowicie biernych zależnych od opiekunów lub opieki instytucjonalnej.
* Współpraca z ludźmi mającymi podobne problemy.

**2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

* Liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach
* Liczba wykonanych zabiegów
* Liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwalnego bólu po leczeniu
* Liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia

**3. Adresaci programu**

**3.1. Oszacowanie populacji, która będzie uczestniczyła w programie:**

* Dzieci i dorośli z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.
* Dzieci i dorośli z nabytą niepełnosprawnością ruchową wskutek choroby lub zdarzenia losowego.

**3.2. Tryb zapraszania do programu**

Udział w programie następuje po uzyskaniu skierowania. Skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, lekarz specjalista rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej. Świadczeniobiorca (uczestnik programu), który uzyskał skierowanie od lekarza POZ lub specjalisty z poza przychodni realizującej program jest zobowiązany do uzyskania akceptacji udziału w programie lekarza placówki realizującej program, oraz zarejestrować się nie później niż 30 dni od jego wystawienia.

Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:

1. Pieczęć nagłówkową ZOZ
2. Imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy
3. Rozpoznanie w języku polskim
4. Opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację
5. Informację o chorobach przebytych i współistniejących oraz innych czynnikach (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogących mieć wpływ na proces rehabilitacji
6. Zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu
7. Pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania

Udział w Programie jest dobrowolny i bezpłatny. Zaproszenie do Programu nastąpi poprzez akcję informacyjno – promocyjną prowadzoną przez Gminę Dobroń. Informacje o programie zostaną zamieszczone na stronie internetowej Gminy Dobroń. Realizator będzie prowadził akcję informacyjno – promocyjną we własnym zakresie.

**4. Organizacja programu:**

**4.1.** Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert. Do konkursu ofert mogą przystąpić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz podmioty wymienione w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

**4.2. Działania i etapy organizacyjne:**

1. zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem
2. wizyta wraz z przeprowadzeniem wywiadu lekarskiego przez lekarza ZOZ-u realizującego program i wypełnienie formularza wywiadu (wzór formularza stanowi załącznik nr 1 do programu)
3. ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji
4. podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie, dokonanie przez lekarza ZOZ-u realizującego program odpowiedniej adnotacji na skierowaniu
5. zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (fizjoterapeutycznego), stanowiącego integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem
6. wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta przed przystąpieniem do programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 2 do programu)
7. wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich
8. wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta

**4.3. Planowane zabiegi (interwencje):**

**Fizjoterapia**

1. Elektroterapia:

* Jonoforeza – zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo. Zastosowanie: w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządów ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek.
* Interdynamic – prądy interferencyjne średniej częstotliwości, w wyniku zastosowania następuje poprawa ukrwienia, działa przeciwbólowo, wpływa na autonomiczny układ nerwowy. Zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, stany pourazowe, choroby reumatologiczne, neuralgie i zapalenia nerwów.
* Elektrostymulacja – zabieg z wykorzystaniem prądu o małej częstotliwości w celu pobudzenia mięśni. Zastosowanie: niedowłady, zaniki i osłabienie mięśni, stany po podrażnieniu mięśni lub po zdjęciu opatrunku, choroby układu nerwowo – mięśniowego, choroby układu krążenia.

1. Magnetoterapia:

* Magnetronic – terapia pulsującym polem magnetycznym niskiej częstotliwości. Zastosowanie: stany pourazowe, choroby reumatyczne, stany pooperacyjne, problemy geriatryczne, choroby centralnego i obwodowego systemu nerwowego.

1. Laseroterapia:

* Laser biostymulujący – zastosowanie: w leczeniu bólu kręgosłupa, po urazach narządów ruchu, po operacjach, w stanach wymagających gojenia ubytków tkankowych, w chorobie zwyrodnieniowej stawów, w gośćcu tkanek miękkich.

1. Światłolecznictwo:

* Sollux – leczenie światłem, promieniowaniem widzialnym i podczerwonym. Zastosowanie: łagodzenie bólu, łagodzenie stanów zapalnych, przyspieszenie gojenia ran.

1. Ultrasonoterapia:

* Ultradźwięki – zabiegi wykorzystujące fale ultradźwiękowe mające na celu poprawienie ukrwienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego, przyspieszenie gojenia tkanek po przebytych urazach, uśmierzenie bólu.

1. Termoterapia:

* Krioterapia miejscowa – leczenie zimnem polegające na przyłożeniu przy pomocy specjalnego aplikatura bardzo niskiej temperatury, która dostarczana jest do miejsca zmienionego chorobowo.

**Kinezyterapia:**

1. Ćwiczenia w obciążeniu stawów kończyn i kręgosłupa
2. Ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa
3. Ćwiczenia czynno – bierne i bierne
4. Ćwiczenia ogólno kondycyjne, ogólno usprawniające, izomeryczne
5. Nauka czynności lokomocyjnych

**4.4. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

Do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest mieszkańcem gminy Dobroń, zgłosił się z odpowiednim skierowaniem. Decyzję o udziale w programie pacjenta podejmuje lekarz ZOZ-u realizującego program.

**4.5. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

1. Pacjenci mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych przez 8 godzin dziennie, pomiędzy godziną 8.00 – 18.00, według rozkładu zaproponowanego przez realizatora programu, zatwierdzonego przez Wójta Gminy
2. W cyklu terapeutycznym do 15 dni zabiegowych uczestnikowi programu przysługuje nie więcej niż pięć zabiegów dziennie
3. O liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje lekarz ZOZ-u realizującego program
4. Zabiegi fizjoterapeutyczne musza odbywać się pod nadzorem co najmniej technika fizjoterapii.

**4.6. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Każdy uczestnik programu odbywa wizytę wraz z przeprowadzeniem wywiadu lekarskiego, przez lekarza ZOZ-u realizującego program.

**4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.). Świadczenia gwarantowane udzielane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno – terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

**4.8. Warunki niezbędne do realizacji programu**

1. Warunki lokalowe:

* wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo
* poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych
* w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo
* gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy

1. Wymagania dotyczące personelu:

* magister fizjoterapii i/lub technik fizjoterapii

1. Wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:

* zestaw do elektroterapii z osprzętem
* lampa IR lub IR/UV
* zestaw do magnetoterapii
* zestaw do ultradźwięków
* zestaw do biostymulacji laserowej

1. Wyposażenie sali kinezyterapii

* stół rehabilitacyjny
* drabinki rehabilitacyjne
* materace gimnastyczne
* rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych
* UGUL lub inny system spełniający jego rolę
* stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki
* cykloergometr

1. Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń

* zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2 m, umożliwiających stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej.

**4.9. Miejsce realizacji programu.**

Program będzie realizowany w gabinecie rehabilitacyjnym podmiotu, z którym zostanie zawarta umowa na realizację programu.

**4.10. Skuteczność planowanych działań**

Fizjoterapia jest szczególnie przydatna w postępowaniu z chorymi na choroby reumatyczne bez podłoża zapalnego tzn. w różnych typach choroby zwyrodnieniowej stawów i zespołach bólowych z grupy reumatyzmu tkanek miękkich. Zalecana jest również z pewnymi ograniczeniami w reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorobach z grupy seronegatywnych zapaleń stawów z zajęciem kręgosłupa oraz zaburzeniach metabolicznych, takich jak choroby wywołane przez kryształy. Metody te są nawet obligatoryjne i szczególnie efektywne w różnych typach choroby zwyrodnieniowej stawów, chorobach z grupy reumatyzmu tkanek miękkich, itp. Zabiegi proponowane w programie są metodami sprawdzonymi i stosowanymi od wielu lat. Istnieje wiele opracowań przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności zabiegów fizjoterapeutycznych, gdzie wykazuje się znaczną poprawę zdrowia i jakości życia pacjentów.

**5. Koszty programu**

**5.1. Koszty jednostkowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj zabiegu** | **Koszt jednostkowy w zł brutto** |
| Jonoforeza | 10,00 |
| Interdyn | 10,00 |
| Magnetronic | 10,00 |
| Laser | 15,00 |
| Elektrostymulacja | 10,00 |
| Sollux | 8,00 |
| Ultradźwięki | 15,00 |
| Krioterapia | 10,00 |
| Kinezyterapia | 10,00 |

**5.2. Planowane koszty całkowite**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zabiegi** | **Szacunkowa liczba zabiegów/rok** | **Koszt jednostkowy brutto (zł)** | **Koszt na rok kalendarzowy brutto (zł)** |
| Jonoforeza | 200 | 10,00 | 2000,00 |
| Interdyn | 240 | 10,00 | 2400,00 |
| Magnetronic | 480 | 10,00 | 4800,00 |
| Laser | 900 | 15,00 | 13500,00 |
| Elektrostymulacja | 78 | 10,00 | 780,00 |
| Sollux | 315 | 8,00 | 2520,00 |
| Ultradźwięki | 300 | 15,00 | 4500,00 |
| Krioterapia | 150 | 10,00 | 1500,00 |
| Kinezyterapia | 300 | 10,00 | 3000,00 |
| RAZEM |  |  | **35000,00** |

W kosztach poszczególnych zabiegów uwzględniono:

* sprzęt (konserwacja i naprawa)
* medyczne środki czystości
* wynagrodzenie pracowników
* energię elektryczną
* gazy techniczne
* koszty wody, kanalizacji, ogrzewania prania

Ilość poszczególnych rodzajów zabiegów w ciągu roku w stosunku do wartości szacunkowej może ulec zmianie po zakwalifikowaniu pacjentów do uczestnictwa w programie zdrowotnym, w oparciu o ich rzeczywiste potrzeby.

**5.3. Źródło finansowania Programu**

Program finansowany ze środków Gminy Dobroń, zgodnie z umową zawartą z podmiotem wybranym do realizacji Programu.

**6. Monitorowanie i ewaluacja**

**6.1. Ocena zgłaszalności do programu**

Zgłaszalność do programu ocenia się na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. Osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu realizującego program jest zobowiązany do informowania Wójta Gminy o liczbie pacjentów objętych programem na dzień 30 czerwca w terminie do 15 lipca.

**6.2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Jakość świadczeń w programie oceniają pacjenci w ankiecie ewaluacyjnej wypełnianej przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego. Na podstawie ankiet zostaje opracowany raport roczny przedstawiany Wójtowi Gminy według stanu na dzień 12 grudnia w terminie do 31 stycznia.

**6.3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu zostaje dokonana po zakończeniu programu tj. według danych na dzień 6 grudnia 2024 roku, w terminie do 31 stycznia 2025 r. Zostaje ona sporządzona przez osobę uprawniona do reprezentowania podmiotu realizującego program na podstawie raportów ewaluacyjnych oraz ankiet zebranych od pacjentów, a także lokalnych danych epidemiologicznych.

**7. Okres realizacji programu**

Realizację programu przewiduje się na rok 2024 z możliwością kontynuowania w kolejnych latach.

Zał. Nr 1 do programu

Formularz wywiadu lekarskiego przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

**Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………

Wywiad:

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………………………………

Dolegliwości ……………………………………………………………………………………….............................................

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

Choroby współistniejące:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |  | TAK | NIE |
| nadciśnienie tętnicze |  |  | choroba zakrzepowo - zatorowa |  |  |
| rozrusznik serca |  |  | ostre stany zapalne |  |  |
| choroba nowotworowa |  |  | stany podgorączkowe |  |  |
| padaczka |  |  | ciąża |  |  |
| gruźlica |  |  | Inne …………………………………… |  |  |
| niewydolność serca |  |  |  |  |  |
| nadczynność tarczycy |  |  |  |  |  |

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych) ……………………………………………………………….

………………………………………………………

(podpis pacjenta)

Adnotacja lekarza:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………..

(podpis lekarza)

Zał. Nr 2 do programu

Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta objętego programem zdrowotnym

**Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)**

1. **Wypełnia fizjoterapeuta**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………..…………........................................

Rozpoznanie ……………………………………………………………..……………………………………………………………………………

Zabiegi …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Wypełnia pacjent**

Proszę określić zaznaczając **„x”** (początek zabiegów) lub **„•”** (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dolegliwość** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Ból |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ograniczona ruchomość |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Osłabiona siła mięśni |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obrzęk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmiany skórne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niesprawność fizyczna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………..

(podpis pacjenta)