



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”  
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 11 do umowy

## INDYWIDUALNA KARTA PORAD DLA PACJENTA

(ewidencja porad oferowanych w ramach aktywnej profilaktyki - zestaw porad i aktywności prozdrowotnych)

### 1. Dane uczestnika programu

Imię i nazwisko uczestnika.....

PESEL.....

2. **Porada prozdrowotna** - cykl indywidualnych 15 minutowych porad, łącznie maksymalnie 360 min porad na jednego pacjenta z zakresu: diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej. Każda 15 minutowa porada prozdrowotna wymaga potwierdzenia w poniższej tabeli podpisem pacjenta oraz osoby realizującej poradę prozdrowotną.

Lp.	Data	Porada	Podpis osoby uprawnionej	Podpis pacjenta
1.		Porada prozdrowotna		
2.		Porada prozdrowotna		
3.		Porada prozdrowotna		
4.		Porada prozdrowotna		
5.		Porada prozdrowotna		
6.		Porada prozdrowotna		
7.		Porada prozdrowotna		
8.		Porada prozdrowotna		
9.		Porada prozdrowotna		
10.		Porada prozdrowotna		
11.		Porada prozdrowotna		
12.		Porada prozdrowotna		



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”  
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

13.		Porada prozdrowotna		
14.		Porada prozdrowotna		
15.		Porada prozdrowotna		
16.		Porada prozdrowotna		
17.		Porada prozdrowotna		
18.		Porada prozdrowotna		
19.		Porada prozdrowotna		
20.		Porada prozdrowotna		
21.		Porada prozdrowotna		
22.		Porada prozdrowotna		
23.		Porada prozdrowotna		
24.		Porada prozdrowotna		

Podsumowanie.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

.....

.....