 

**Formularz zgłoszeniowy**

udziału w grupie wsparcia dla osób otyłych

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

PESEL □□□□□□□□□□□

Adres zamieszkania lub zameldowania ……………………………………………………………………………………………………………

Wzrost ……………cm Wiek ……………..

Masa ciała ……………..kg

Choroby współistniejące \*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu…………………………………………………………

Adres e-mail…………………………………………………………….

□ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji projektu.

 ………………………………………………….

 Podpis osoby deklarującej udział w grupach wsparcia\*\*

\* należy dołączyć dokument poświadczający istnienie choroby (wystawiony przez lekarza pierwszego kontaktu bądź specjalistę)

\*\* w przypadku zgłoszenia dziecka formularz zgłoszeniowy podpisuje rodzic/opiekun prawny

***Wypełnia lekarz w trakcie wizyty konsultacyjnej***

Wskaźnik BMI wynosi ……………………………………

□ Pacjent zakwalifikowany do grupy wsparcia

□ Pacjent nie kwalifikuje się do grupy wsparcia z powodu…………………………………………………...

 …………………………

 Podpis lekarza