REGULAMIN KWALIFIKACJI I UCZESTNICTWA W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI MIESZKAŃCÓW ŚWINOUJŚCIA W WIEKU OD 70 ROKU ŻYCIA NA LATA 2026-2028

Centrum Medyczne FREGATA sp. z o.o.

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Poniższym terminom użytym w niniejszym Regulaminie nadano następujące znaczenie:
   1) **Regulamin** – niniejszy Regulamin kwalifikacji i uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028;
   2) **Program, PPZ** – „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028", stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia nr 689/2026 Prezydenta Miasta Świnoujście z dnia 25.09.2026 r.;
   3) **Fregata, Realizator** – Centrum Medyczne Fregata sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu (72-600) przy ul. Bydgoskiej 14, wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod numerem 000000017912, zarejestrowana przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000896149, NIP 8551601917, REGON 812012078, kapitał zakładowy 55 634 400,00 zł;
   4) **Wnioskodawca** – osoba ubiegająca się o udział w Programie;
   5) **Uczestnik** – osoba zakwalifikowana do udziału w Programie;
   6) **Wniosek** – komplet dokumentów zgłoszeniowych, o których mowa w § 5 ust. 1;
   7) **Rehabilitacja ambulatoryjna** – świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji udzielane w siedzibie Fregaty przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu;
   8) **Rehabilitacja domowa** – świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji udzielane w miejscu zamieszkania Uczestnika na terenie Gminy Miasto Świnoujście;
   9) **Wizyta kwalifikacyjna** – wizyta fizjoterapeutyczna, o której mowa w § 7;
   10) **Indywidualny plan rehabilitacyjny** – plan zabiegów fizjoterapeutycznych, o którym mowa w § 8;
   11) **Lista rezerwowa** – lista osób, które złożyły kompletny Wniosek po wyczerpaniu limitu miejsc, o którym mowa w § 3 ust. 1.
2. Regulamin określa zasady rekrutacji, kwalifikacji i uczestnictwa w Programie oraz prawa i obowiązki Uczestników.
3. Program jest finansowany ze środków Gminy Miasto Świnoujście. Świadczenia udzielane w ramach Programu są dla Uczestników bezpłatne.

4. Świadczenia realizowane są przez fizjoterapeutów oraz pozostały personel spełniający wymagania określone w Programie i w obowiązujących przepisach prawa.

§ 2. KRYTERIA WŁĄCZENIA I WYŁĄCZENIA

1. Do udziału w Programie może zostać zakwalifikowana osoba, która łącznie spełnia następujące kryteria:
   1) ukończyła 70 lat – weryfikacja na podstawie daty urodzenia;
   2) zamieszkuje na terenie miasta Świnoujścia – weryfikacja na podstawie jednego z następujących dokumentów: zaświadczenia o zameldowaniu w Świnoujściu, wystawionego nie wcześniej niż 1 miesiąc przed zgłoszeniem; Karty Wyspiarza lub Karty Wyspiarza Seniora; zaświadczenia z Urzędu Skarbowego potwierdzającego rozliczanie podatku na terenie Świnoujścia za rok poprzedzający rok złożenia Wniosku; zeznania PIT za rok poprzedzający rok złożenia Wniosku wraz z potwierdzeniem przyjęcia przez Urząd Skarbowy w Świnoujściu; umowy najmu lokalu mieszkalnego położonego w Świnoujściu; aktu notarialnego lub innego dokumentu potwierdzającego prawo własności nieruchomości albo innego dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, z którego wynika, że Wnioskodawca zamieszkuje w Świnoujściu;
   3) posiada rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego – weryfikacja na podstawie skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach PPZ, stanowiącego załącznik nr 3 do Regulaminu;
   4) wyraziła pisemną zgodę na dobrowolny udział w Programie – załącznik nr 1 do Regulaminu.
2. Z udziału w Programie wyłączona jest osoba, która:
   1) w danym roku kalendarzowym korzystała ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu;
   2) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu korzystała ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Miasto Świnoujście, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z powodu jednostek chorobowych, o których mowa w ust. 1 pkt 3;
   3) ma przeciwwskazania zdrowotne do rehabilitacji stwierdzone podczas wizyty kwalifikacyjnej (np. ostra infekcja, gorączka, zaburzenia świadomości, nasilony zespół psychoorganiczny).
3. Spełnienie kryteriów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 - 3 oraz brak przesłanek, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, Wnioskodawca potwierdza oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 3. RODZAJ REHABILITACJI I LICZBA MIEJSC

1. W każdym roku realizacji Programu liczba miejsc wynosi:
   1) rehabilitacja ambulatoryjna – 100 miejsc;
   2) rehabilitacja domowa – 30 miejsc.
2. Program realizowany jest w danym roku do wyczerpania limitu miejsc albo środków przeznaczonych na jego realizację.
3. Wnioskodawca wskazuje w oświadczeniu stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu, czy ubiega się o rehabilitację ambulatoryjną, czy o rehabilitację domową. Można wskazać wyłącznie jeden rodzaj rehabilitacji. Osoba zgłoszona do rehabilitacji domowej nie może jednocześnie ubiegać się o rehabilitację ambulatoryjną i odwrotnie.
4. Rehabilitacja domowa przeznaczona jest dla osób, które ze względu na stan zdrowia lub ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do siedziby Fregaty.
5. Jeżeli podczas wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeuta stwierdzi, że Uczestnik nie kwalifikuje się do rehabilitacji domowej, może zmienić tryb realizacji świadczeń na rehabilitację ambulatoryjną, w ramach dostępnych miejsc. W przypadku braku wolnych miejsc w rehabilitacji ambulatoryjnej Uczestnik zostaje wpisany na listę rezerwową dla rehabilitacji ambulatoryjnej z zachowaniem daty i godziny złożenia Wniosku.

§ 4. REKRUTACJA

1. Pierwsza rekrutacja do Programu, dotycząca świadczeń w 2026 r., odbędzie się w dniu **.....** o godzinie **.....** w siedzibie Fregaty przy ul. Bydgoskiej 14 w Świnoujściu w hallu przed wejściem głównym.
2. Termin rekrutacji na kolejne lata realizacji Programu zostanie podany do publicznej wiadomości na stronie internetowej Fregaty, w siedzibie Fregaty oraz na profilu Fregaty w serwisie Facebook, co najmniej z 21-dniowym wyprzedzeniem.
3. Wzory dokumentów stanowiące załączniki do Regulaminu można samodzielnie pobrać i wydrukować ze strony internetowej Fregaty albo odebrać w Rejestracji Fregaty. W zakresie rekrutacji w 2026 r. druki będą dostępne w siedzibie Fregaty w dniach **od poniedziałku do piątku** w godzinach 8:00 – 18:00.

§ 5. SKŁADANIE WNIOSKÓW

1. Wniosek obejmuje następujący komplet dokumentów:
   1) Kartę uczestnika Programu wraz ze zgodami – załącznik nr 1 do Regulaminu (Wnioskodawca wypełnia część I i II);
   2) dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie miasta Świnoujścia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 (w kopii);

3) skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach PPZ – załącznik nr 3 do Regulaminu;

4) oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału w Programie oraz wyborze rodzaju rehabilitacji – załącznik nr 2 do Regulaminu.

2. Wnioski przyjmowane są wyłącznie osobiście w siedzibie Fregaty, w dniu, o którym mowa w § 4 ust. 1. **Wnioski złożone w innej formie (w szczególności pocztą, faksem, pocztą elektroniczną lub telefonicznie) nie są rozpatrywane**.

3. W przypadku gdy Wnioskodawca nie może osobiście stawić się w siedzibie Fregaty, Wniosek może dostarczyć osoba trzecia. Dokumenty muszą być podpisane przez Wnioskodawcę, a w przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych – przez jej przedstawiciela ustawowego. Osoba trzecia może złożyć wniosek maksymalnie jednej osoby.

4. Weryfikacja kompletności i poprawności Wniosku dokonywana jest na miejscu przez przedstawiciela Fregaty, w obecności osoby składającej Wniosek.

5. Wniosek niekompletny jest zwracany osobie składającej. Osoba, która złożyła niekompletny Wniosek, nie zostaje wpisana na listę zgłoszeń i nie zachowuje miejsca w kolejności zgłoszeń.

6. W przypadkach wątpliwych, wymagających dodatkowej analizy, Wniosek może zostać przyjęty, a Wnioskodawca zostanie poinformowany o wyniku weryfikacji telefonicznie, niezwłocznie po jej zakończeniu. W razie negatywnego wyniku weryfikacji Wniosek nie zostaje uwzględniony.

7. W razie wątpliwości co do spełniania warunków udziału w Programie Fregata może, na każdym etapie rekrutacji i udziału w Programie, zażądać od Wnioskodawcy lub Uczestnika dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów, wyznaczając termin ich złożenia. Niezłożenie wyjaśnień lub dokumentów w wyznaczonym terminie powoduje odrzucenie Wniosku w rekrutacji, a w przypadku Uczestnika – skreślenie z Programu.

8. O kolejności na liście zgłoszeń decyduje data i godzina złożenia kompletnego Wniosku, odnotowywane przez Fregatę.

9. Osoby, które złożyły kompletny Wniosek po wyczerpaniu limitu miejsc, o którym mowa w § 3 ust. 1, wpisywane są na listę rezerwową zgodnie z kolejnością zgłoszeń. Lista rezerwowa obejmuje maksymalnie:

   1) 30 osób – dla rehabilitacji ambulatoryjnej;

   2) 10 osób – dla rehabilitacji domowej.

10. Po wyczerpaniu miejsc na liście rezerwowej Wnioski w danym roku nie są przyjmowane, chyba że zostanie przeprowadzona kolejna rekrutacja w związku z wolnymi miejscami.

11. W dniu złożenia Wniosku osobie zakwalifikowanej na listę podstawową wyznaczany jest termin wizyty kwalifikacyjnej.

§ 6. SKREŚLENIE Z PROGRAMU I LISTA REZERWOWA

1. Wnioskodawca lub Uczestnik zostaje skreślony z Programu w przypadku:
   1) niespełnienia kryteriów włączenia, w tym ich utraty w trakcie udziału w Programie, lub wystąpienia kryteriów wyłączenia, o których mowa w § 2;
   2) niestawienia się na wizytę kwalifikacyjną w wyznaczonym dniu i godzinie, a w przypadku rehabilitacji domowej – niewpuszczenia fizjoterapeuty do miejsca zamieszkania lub uniemożliwienia przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej w wyznaczonym terminie;
   3) nieobecności na zabiegach: 2 nieobecności niezgłoszonych z wymaganym wyprzedzeniem albo 5 nieobecności łącznie, niezależnie od tego, czy zostały zgłoszone;
   4) stwierdzenia przez fizjoterapeutę, że prowadzenie fizjoterapii jest niewskazane ze względu na stan zdrowia Uczestnika;
   5) agresywnego zachowania Uczestnika lub osób mu towarzyszących, zagrażania bezpieczeństwu personelu, pozostawania pod wpływem alkoholu lub środków odurzających podczas wizyty lub zabiegu albo innego rażącego naruszenia zasad współżycia społecznego;
   6) niezłożenia w wyznaczonym terminie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów, których zażądała Fregata;
   7) złożenia oświadczenia o rezygnacji z udziału w Programie;
   8) stwierdzenia, że oświadczenia lub dokumenty złożone przez Wnioskodawcę są niezgodne z prawdą.
2. Wnioskodawca lub Uczestnik, który dowie się, że przestał spełniać kryteria udziału w Programie (np. rozpoczął rehabilitację finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot), ma obowiązek niezwłocznie poinformować o tym Fregatę. W takim przypadku zostaje skreślony z Programu. Wnioskodawca lub Uczestnik, który nie poinformuje Fregaty o tej okoliczności, ponosi odpowiedzialność określoną w § 11.
3. W przypadku skreślenia osoby z listy podstawowej Fregata kontaktuje się z kolejną osobą z listy rezerwowej dla danego rodzaju rehabilitacji, zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
4. Kontakt z osobą z listy rezerwowej podejmowany jest telefonicznie, na numer wskazany w Karcie uczestnika. Fregata przechodzi do kolejnej osoby z listy rezerwowej w przypadku:
   1) bezskutecznej, co najmniej trzykrotnej próby kontaktu telefonicznego, odnotowanej przez Fregatę;
   2) odmowy udziału w Programie;
   3) niestawienia się na wizytę kwalifikacyjną w wyznaczonym terminie.

5. Lista rezerwowa jest ważna do końca roku kalendarzowego, którego dotyczy rekrutacja.
6. W przypadku wyczerpania listy rezerwowej w danym roku oraz dostępności miejsc, może zostać przeprowadzona ponowna rekrutacja.

§ 7. WIZYTA KWALIFIKACYJNA

1. Wizyta kwalifikacyjna ma na celu:
   1) potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego – na podstawie badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez Uczestnika lub skierowania od lekarza POZ/specjalisty;
   2) kwalifikację do rehabilitacji oraz ustalenie trybu jej realizacji (ambulatoryjny lub domowy), z uwzględnieniem § 3 ust. 5;
   3) ocenę początkową dolegliwości bólowych w skali VAS;
   4) kwalifikację do działań edukacyjnych;
   5) opracowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.
2. Zmiana terminu wizyty kwalifikacyjnej nie jest możliwa. Niestawienie się na wizytę kwalifikacyjną w wyznaczonym dniu i godzinie, a w przypadku rehabilitacji domowej – niewpuszczenie fizjoterapeuty do miejsca zamieszkania lub uniemożliwienie przeprowadzenia wizyty, skutkuje skreśleniem z Programu.
3. Podczas wizyty kwalifikacyjnej Uczestnik przekazuje informacje o stanie zdrowia i przyjmowanych lekach oraz posiadaną dokumentację medyczną.

§ 8. INDYWIDUALNY PLAN REHABILITACYJNY I REALIZACJA ZABIEGÓW

1. Po wizycie kwalifikacyjnej fizjoterapeuta opracowuje indywidualny plan rehabilitacyjny, obejmujący dobrane według indywidualnych wskazań procedury określone w Programie, realizowane w cyklu rehabilitacyjnym trwającym 10 dni zabiegowych.
2. W ramach indywidualnego planu rehabilitacyjnego Fregata wyznacza dni i godziny zabiegów, o których Uczestnik jest informowany. W ostatnim dniu cyklu przeprowadzana jest końcowa ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.
3. Zmiana wyznaczonego terminu zabiegów nie jest możliwa.
4. Niestawienie się na zabiegi w wyznaczonym terminie, a w przypadku rehabilitacji domowej – niewpuszczenie fizjoterapeuty do miejsca zamieszkania lub uniemożliwienie przeprowadzenia zabiegu, skutkuje utratą zabiegów przewidzianych na ten dzień. Utracone zabiegi nie są realizowane w innym terminie.
5. O niemożności stawienia się na zabiegi lub przyjęcia fizjoterapeuty Uczestnik ma obowiązek poinformować Fregatę telefonicznie lub osobiście z co najmniej 3-dniowym wyprzedzeniem, a w przypadkach nagłych – niezwłocznie.

6. Uczestnik zostaje skreślony z Programu w przypadku:
    1) 2 nieobecności na zabiegach niezgłoszonych zgodnie z ust. 5 albo
    2) 5 nieobecności na zabiegach łącznie, niezależnie od tego, czy zostały zgłoszone.
7. Jeżeli zabiegi nie zostały wykonane z przyczyn leżących po stronie Fregaty, Fregata wyznacza inny termin ich wykonania.
8. Fizjoterapeuta może odmówić wykonania zabiegu lub zmodyfikować plan, jeżeli stwierdzi przeciwwskazania medyczne. Jeżeli prowadzenie fizjoterapii jest niewskazane ze względu na stan zdrowia Uczestnika, Uczestnik zostaje skreślony z Programu.

§ 9. DZIAŁANIA EDUKACYJNE I ANKIETY

1. Uczestnik zakwalifikowany do działań edukacyjnych ma obowiązek wziąć udział w szkoleniu z zakresu edukacji zdrowotnej w terminie wskazanym przez Fregatę.
2. Działania edukacyjne obejmują:
    1) w przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej – 1 spotkanie grupowe trwające 45 minut, w grupach liczących maksymalnie 25 osób, w siedzibie Fregaty;
    2) w przypadku rehabilitacji domowej – 1 spotkanie indywidualne, które może zostać połączone z zabiegami realizowanymi w ramach rehabilitacji domowej.
3. Uczestnik wypełnia test wiedzy przed szkoleniem (pre-test) oraz po szkoleniu (post-test), według wzoru określonego w Programie.
4. W ostatnim dniu udzielania świadczeń Uczestnik wypełnia ankietę satysfakcji, według wzoru określonego w Programie.

§ 10. OBOWIĄZKI UCZESTNIKA

1. Uczestnik zobowiązany jest do:
    1) punktualnego stawiania się na wizytę kwalifikacyjną, zabiegi i szkolenie;
    2) przychodzenia na zabiegi ambulatoryjne w stroju wygodnym do ćwiczeń i z obuwiem zmiennym;
    3) udzielenia pełnej i prawdziwej informacji o stanie zdrowia, przeciwwskazaniach do zabiegów i przyjmowanych lekach;
    4) zapewnienia w przypadku rehabilitacji domowej bezpiecznych i higienicznych warunków do udzielania świadczeń (w szczególności odpowiedniej przestrzeni do ćwiczeń) oraz umożliwienia fizjoterapeucie wejścia do miejsca zamieszkania i przeprowadzenia zabiegów w wyznaczonych terminach;
    5) informowania Fregaty o zmianie numeru telefonu, adresu lub innych danych wskazanych we Wniosku oraz niezwłocznego poinformowania Fregaty o utracie uprawnień do udziału w Programie lub o innych okolicznościach mających wpływ na spełnianie kryteriów udziału w Programie;

6) wypełnienia testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji, o których mowa w § 9;

7) przestrzegania Regulaminu.

2. W przypadku agresywnego zachowania Uczestnika lub osób mu towarzyszących, zagrożenia bezpieczeństwa personelu, pozostawania pod wpływem alkoholu lub środków odurzających albo innego rażącego naruszenia zasad współżycia społecznego fizjoterapeuta ma prawo przerwać wizytę lub zabieg, a Uczestnik zostaje skreślony z Programu.

§ 11. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NIEPRAWDZIWE OŚWIADCZENIA

1. Wnioskodawca odpowiada za prawdziwość złożonych oświadczeń i dokumentów.
2. W przypadku stwierdzenia, że Uczestnik złożył oświadczenia niezgodne z prawdą w zakresie spełnienia kryteriów udziału w Programie albo nie poinformował Fregaty o utracie uprawnień do udziału w Programie, Uczestnik zostaje skreślony z Programu.
3. Jeżeli z powodu złożenia przez Uczestnika oświadczeń niezgodnych z prawdą albo niepoinformowania Fregaty o utracie uprawnień do udziału w Programie Gmina Miasto Świnoujście odmówi sfinansowania świadczeń udzielonych temu Uczestnikowi lub zażąda od Fregaty zwrotu środków przekazanych na ich sfinansowanie, Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu Fregacie kosztów udzielonych mu świadczeń, w wysokości szkody doznanej przez Fregatę.

§ 12. ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU W PROGRAMIE

1. Po ukończeniu pełnego cyklu rehabilitacyjnego Uczestnik otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informację o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
2. Uczestnik może zrezygnować z udziału w Programie na każdym jego etapie, składając pisemne oświadczenie (część V Karty uczestnika – załącznik nr 1 do Regulaminu). Uczestnik, który nie ukończył pełnego cyklu, zostaje poinformowany o możliwych negatywnych skutkach zdrowotnych przerwania rehabilitacji oraz o możliwości jej kontynuowania w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

§ 13. DANE OSOBOWE I DOKUMENTACJA MEDYCZNA

1. Administratorem danych osobowych Wnioskodawców i Uczestników jest Fregata. Dane przetwarzane są w celu realizacji Programu, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz monitorowania i ewaluacji Programu, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.
2. Fregata prowadzi i przechowuje dokumentację medyczną zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Fregata przekazuje Gminie Miasto Świnoujście sprawozdania z realizacji Programu w zakresie określonym w Programie.

§ 14. POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

1. Reklamacje dotyczące realizacji Programu należy zgłaszać na piśmie w Sekretariacie Centrum Medycznego FREGATA, ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście.
2. Reklamacja powinna zawierać imię, nazwisko i dokładny adres składającego reklamację oraz Uczestnika, którego reklamacja dotyczy, a także opis zdarzenia i uzasadnienie reklamacji.
3. Reklamacje rozpatrywane są w terminie 14 dni roboczych od daty otrzymania danych i dokumentów niezbędnych do ich rozpatrzenia. Jeżeli dotrzymanie terminu nie jest możliwe, Fregata informuje o tym składającego reklamację i wyznacza nowy termin.
4. O sposobie rozpatrzenia reklamacji składający reklamację zostanie poinformowany pisemnie.

§ 15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin dostępny jest w Rejestracji Fregaty oraz na stronie internetowej: www.cmfregata.pl
2. Fregata zastrzega sobie prawo wprowadzania zmian w Regulaminie, w szczególności w przypadku zmiany Programu lub umowy na jego realizację. Zmiany nie mogą naruszać praw nabytych Uczestników. Zmiany Regulaminu publikowane są w miejscach wskazanych w ust. 1.
3. Złożenie Wniosku oznacza akceptację postanowień Regulaminu.
4. Fregata może zakończyć lub ograniczyć realizację Programu w każdym czasie, w szczególności w przypadku ograniczenia lub utraty środków na finansowanie Programu. O powyższym Fregata poinformuje Uczestników Programu.
5. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie stosuje się postanowienia Programu oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
6. Integralną część Regulaminu stanowią załączniki:
   1) załącznik nr 1 – Karta uczestnika Programu;
   2) załącznik nr 2 – Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału w Programie oraz wyborze rodzaju rehabilitacji;
   3) załącznik nr 3 – Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach PPZ;
   4) załącznik nr 4 – informacja o sposobie przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Tel. kontaktowy	

** lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

II. Zgoda na udział w programie

1) Wyrażam zgodę na udział w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028 oraz na udzielenie mi świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w ramach Programu.
2) Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru PESEL w ocenie efektów PPZ.
3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uczestnictwa w Programie.

.....

(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu

(wypełnia fizjoterapeuta)

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	

Tryb realizacji programu	☐ ambulatoryjny ☐ domowy
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

** ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji*

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji programu

Nazwa świadczenia	**Informacja dla celów ewaluacji**
Działania edukacyjne (jeżeli dotyczy)	Wynik pre-testu: ..... Wynik post-testu: ..... Utrzymanie poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% ☐tak ☐nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: ..... Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: ..... Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS ☐tak ☐nie

.....

(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy)

Przyczyna rezygnacji	**Data rezygnacji**	**Podpis uczestnika**

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROGRAMIE ORAZ WYBORZE RODZAJU REHABILITACJI

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

A. Wybór rodzaju rehabilitacji

Ubiegam się o udział w Programie w trybie (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź):

- ☐ **rehabilitacja ambulatoryjna** – w siedzibie Centrum Medycznego Fregata sp. z o.o., ul. Bydgoska 14, Świnoujście;
- ☐ **rehabilitacja domowa** – w miejscu zamieszkania na terenie Świnoujścia. Oświadczam, że ze względu na stan zdrowia lub ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się nie mogę dotrzeć do siedziby Fregaty. Adres realizacji świadczeń: .....

Przyjmuję do wiadomości, że mogę wskazać wyłącznie jeden rodzaj rehabilitacji oraz że fizjoterapeuta może zmienić tryb rehabilitacji z domowej na ambulatoryjną na zasadach określonych w § 3 ust. 5 Regulaminu.

B. Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału w Programie

Oświadczam, że:

1) ukończyłem/-am 70 lat;
2) zamieszkuję na terenie miasta Świnoujścia;
3) posiadam lekarskie rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego;
4) w bieżącym roku kalendarzowym nie korzystałem/-am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028;
5) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu nie korzystałem/-am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Miasto Świnoujście, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z powodu jednostek chorobowych, o których mowa w pkt 3;
6) zapoznałem/-am się z Regulaminem kwalifikacji i uczestnictwa w Programie i akceptuję jego postanowienia;

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Fregatę o każdej zmianie okoliczności wskazanych w niniejszym oświadczeniu.

.....

(data i podpis uczestnika)

Załącznik nr 3 do Regulaminu

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028 ” (wzór)

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD 10 |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Przeciwskazania.....

.....

Data ....

Pieczęć i podpis lekarza

Załącznik nr 4 do Regulaminu

Klauzula informacyjna dla Uczestników PPZ „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 roku życia na lata 2026- 2028” realizowanego przez Centrum Medycznego Fregata Sp. z o.o.

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej Rozporządzenie UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest: Centrum Medyczne Fregata sp. z o. o., wpisaną do rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Zachodniopomorskiego pod numerem: 000000017912 i zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000896149, NIP 8551601917; REGON 812012078, reprezentowaną przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych: W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: **iodo@cmfregata.pl**

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych: Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu świadczenia usług w zakresie rehabilitacji mieszkańców Miasta Świnoujście, realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 roku życia na lata 2026-2028”.

Dane przetwarzane będą na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 oraz art. 25 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz innych ustaw;

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO, - w celu wykonania przez Administratora prawnie ciążących na nim obowiązków zgodnie z **art. 6 ust. 1 lit. c RODO** w zakresie, w jakim przewidują to przepisy prawa i obowiązki wynikające z wykonania umowy realizowanej ze środków własnych Gminy Miasta Świnoujście czy środków publicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia pozyskanych przez Gminę Miasto Świnoujście;

- art. 6 ust. 1 lit. f RODO w zw. z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości w celach podatkowych oraz w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń z uwagi na prowadzoną działalność lub obrony przed nimi.

- art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu zapewnienia porządku oraz zapewnienia bezpieczeństwa osobom przebywającym na terenie Centrum Medycznego Fregata Sp.z.o.o. lub w jego obrębie poprzez wykorzystanie systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego osoby przebywające w obszarze monitorowanym, oraz w celach archiwizacyjnych, statystycznych czy badań satysfakcji Uczestników PPZ celem ustalenia jakości świadczonych usług.

Źródłem pochodzenia danych osobowych jest Uczestnik PPZ.

Zakres danych osobowych: imię, nazwisko, płeć, nr Pesel (przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania, adres zameldowania, dane kontaktowe: nr telefonu oraz dane osobowe szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia jak rozpoznanie jednostki chorobowej, cel zabiegów, przeciwskazania zdrowotne, ocena stanu zdrowia przed i po zakończeniu rehabilitacji.
Udostępnianie danych: Dane osobowe mogą być przekazane upoważnionym pracownikom i współpracownikom na podstawie nadanych upoważnień i zawartych umów powierzenia, a w szczególności dostawcom systemów informatycznych i usług IT w zakresie oprogramowania, poczty elektronicznej i hostingu. Dane osobowe mogą zostać również udostępnione podmiotom i instytucjom upoważnionym do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym instytucjom upoważnionym do przeprowadzenia audytu wydatkowanych środków pochodzących z Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia; podmiotom świadczącym usługi prawne; podmiotom świadczącym usługi pocztowe / kurierskie, w tym Poczcie Polskiej S.A. świadczącej usługę e-doręczeń.
Administrator nie będzie przekazywać Państwa danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora przez okres opisany w z art. 29 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej poza pewnymi wyjątkami wskazanymi w ww. ustawie.
Dane osobowe przetwarzane będą przez okres 5 lat od chwili dnia zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w celu prawidłowego rozliczenia umowy zawartej w ramach Programu.
Zapisy z monitoringu wizyjnego są przechowywane nie dłużej niż 30 dni od dnia nagrania – następnie są automatycznie usuwane poprzez ich nadpisywanie. W przypadku, w którym nagrania stanowią dowód w postępowaniach prowadzonych na podstawie przepisów prawa i mogą one stanowić dowód w takim postępowaniu, termin ich przechowywania ulega wydłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia tego postępowania.
Po upływie wyżej wymienionych okresów dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
Zautomatyzowane podejmowanie decyzji i profilowanie
Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji przez Centrum Medyczne Fregata Sp. z.o.o. w tym profilowaniu.
Prawa przysługujące w związku z ochroną danych osobowych:
Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych,
- żądania sprostowania danych,
- usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania, w przypadkach przewidzianych prawem,
- uzyskania kopii swoich danych,
- przeniesienia danych osobowych,
- wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych, w zakresie w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest nasz prawnie usprawiedliwiony interes, w tym ze względu na Państwa szczególną sytuację,

- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych , gdy uznają Państwo, że podczas przetwarzania Państwa danych osobowych naruszyliśmy przepisy RODO.

W przypadku gdy macie Państwo zastrzeżenia co do sposobu, w jaki przetwarzamy Państwa dane, prosimy w pierwszej kolejności o kontakt z nami elektronicznie poprzez adres e-mail: **iodo@cmfregata.pl**pl lub pod adresem pocztowym naszej siedziby wskazanym powyżej.

Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych osobowych:

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do skorzystania z usług w zakresie rehabilitacji świadczonych przez Centrum Medyczne Fregata Sp.zo.o. w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 roku życia na lata 2026-2028".

Przebywanie na terenie Centrum Medycznego Fregata Sp.zo.o. w obszarze monitorowanym jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na podanie danych osobowych w zakresie wizerunku zarejestrowanego przez system monitoringu. Konsekwencją odmowy udostępnienia tych danych jest brak uprawnienia do przebywania na tym terenie.

.....	**.....**
(data, czytelny podpis, pieczątka służbowa osoby przyjmującej klauzulę od Uczestnika PPZ)	(data, czytelny podpis Uczestnika PPZ)