*Załącznik nr 10 do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. nr 23/2018/DAiS*

**DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO PROGRAMU ZARZĄDZANIA CHOROBĄ**

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

(nazwa jednostki chorobowej)\*

Ja niżej podpisany/podpisana\*\*

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

(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam\*\* się z zasadami udziału w programie zarządzania chorobą oraz zaakceptowałem/zaakceptowałam\*\* prawa i obowiązki uczestnika programu zarządzania chorobą.

Jestem świadomy/świadoma\*\* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w **programie zarządzania chorobą.**

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

…….……………………………………………………….

*Miejscowość, data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy*

*\*Nazwy jednostek chorobowych:*

1. *cukrzyca typu II*
2. *nadciśnienie tętnicze samoistne*
3. *przewlekła choroba wieńcowa*
4. *przewlekła niewydolność serca*
5. *utrwalone migotanie przedsionków*
6. *astma oskrzelowa*
7. *POCHP*
8. *niedoczynność tarczycy*
9. *wole miąższowe i guzowate tarczycy*
10. *choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych*
11. *zespoły bólowe kręgosłupa*

*\*\*Niepotrzebne skreślić*