



Załącznik nr 8. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do korzystania z opaski monitorującej do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO KORZYSTANIA Z OPASKI MONITORUJĄCEJ**

Niniejszym potwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa .....

.....( imię, nazwisko. PESEL),  
w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa” , w tym korzystania z opaski monitorującej, pomimo korzystania przez Uczestnika/czkę z innego urządzenia tj. .... .

.....  
(podpis lekarza)

#### **Informacja dla osoby wydającej zaświadczenie:**

- I. Podstawowe dane dotyczące opaski monitorującej ( zgodne z danymi producenta ):
  - obsługiwane interfejsy radiowe: GSM 900/1800,
  - zasilanie: akumulator litowo – polimerowy 450mAh,
  - rodzaj ładowarki: ładowarka magnetyczna,
  - transmisja danych za pośrednictwem sieci GSM.
- II. Przykładowe urządzenia których działanie może być potencjalnie zakłócone przez opaskę monitorującą:
  - rozrusznik serca,
  - kardiowerter – defibrylator,
  - inne.

