



(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym potwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa _____
_____ (imię, nazwisko, PESEL) (dalej Uczestnik)
w projekcie „Małopolski Tele-Anioł”, w tym korzystania przez Uczestnika z opaski
monitorującej, pomimo korzystania przez Uczestnika z innego urządzenia, tj. _____
_____.

(podpis lekarza)

Informacja dla osoby wydającej zaświadczenie:

- I. Podstawowe dane dotyczące opaski monitorującej (zgodnie 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.