



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO KORZYSTANIA Z OPASKI MONITORUJĄCEJ

Imię i nazwisko:

PESEL:

Niniejszym potwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do udziału ww. osoby w projekcie „Małopolski Tele-Anioł 2.0”, w tym korzystania z opaski monitorującej, pomimo korzystania przez tę osobę z innego urządzenia, tj.
.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

Informacja dla osoby wydającej zaświadczenie:

I. Podstawowe dane dotyczące opaski monitorującej (zgodnie z danymi producenta):

- obsługiwane interfejsy radiowe: GSM 2G, 900/1800 MHz,
- zasilanie: akumulator litowo-polimerowy 400mAh,
- 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.