

**KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA USŁUGI TELEOPIEKI**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU										
Imię i nazwisko:										
Data urodzenia:	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUGI										
Ulica:					Nr domu/nr mieszkania:					
Kod pocztowy:					Miejscowość:					
Nr tel. komórkowy Uczestnika:					Nr tel. stacjonarny Uczestnika:					
Dodatkowe informacje o miejscu zamieszkania (Piętro, kod do domofonu)										
Nazwa i adres przychodni POZ:										
Imię i nazwisko lekarza POZ:					Nr telefonu przychodni POZ:					
Osoba posiadająca zwierzęta domowe: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (proszę wskazać jakie:										
OKREŚLENIE STANU ZDROWIA ORAZ OCENA SAMODZIELNOŚCI										
Poruszanie się										
<input type="checkbox"/> Osoba chodząca	<input type="checkbox"/> Osoba wychodząca z domu samodzielnie									
<input type="checkbox"/> Z pomocą drugiej osoby	<input type="checkbox"/> Osoba wychodząca z domu z pomocą drugiej osoby									
<input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach	<input type="checkbox"/> Osoba niewychodząca z domu									
<input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> Osoba leżąca									
<input type="checkbox"/> Skłonności do upadków										
Słuch										
<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Niedosłuch/ Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Głuchota							
Wzrok										
<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Osoba niedowidząca	<input type="checkbox"/> Osoba niewidoma								
Funkcje fizjologiczne										
<input type="checkbox"/> Samodzielnie	<input type="checkbox"/> Pampersy	<input type="checkbox"/> Cewnik w pęcherzu moczowym	<input type="checkbox"/> Cewnik zewnętrzny							
<input type="checkbox"/> Stomia (<input type="checkbox"/> urostomia, <input type="checkbox"/> nefrostomia, <input type="checkbox"/> ureostomia)	<input type="checkbox"/> Odleżyny	<input type="checkbox"/> Otarcia								
<input type="checkbox"/> Grzybica	<input type="checkbox"/> Rany przewlekłe									



Sprawność umysłowa

Zaburzenia pamięci Depresja Agresja

Spożywanie posiłków

Samodzielnie Przy pomocy PEG Przez zgłębnik

OPIS PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

Choroby:

Alergie, uczulenia:

PRZYJMOWANE LEKI (na receptę)

L.p.	Nazwa leku	Dawkowanie leku
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**INNE ISTOTNE INFORMACJE ZDROWOTNE**

DANE OSÓB DO KONTAKTU

Imię i nazwisko	Numer telefonu	Powiązanie z Uczestnikiem projektu (np. córka, sąsiad)	Miejsce zamieszkania (miejscowość)	Czy osoba posiada klucze do mieszkania Uczestnika projektu?
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Data:

Podpis:

KLAUZULA ZGODY

- Niniejszym, po zapoznaniu się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych, wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przekazanie moich danych osobowych Uniwersytetowi Mikołaja Kopernika w Toruniu w celu realizacji badań naukowych.
- Niniejszym, po zapoznaniu się z informacją na temat przetwarzania moich danych osobowych, wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na ich wykorzystywanie, w tym danych dotyczących zdrowia, w prowadzonych przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu badaniach naukowych.

Data:

Podpis:

* W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.