

KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
Imię i nazwisko:											
Numer PESEL:											
Data urodzenia:	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r	
MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUGI											
Ulica:						Nr domu/nr mieszkania:					
Kod pocztowy:						Miejscowość:					
Nr tel. komórkowy:						Nr tel. stacjonarny:					
Nazwa i adres przychodni POZ:											
Imię i nazwisko lekarza POZ:						Nr telefonu przychodni POZ:					
Osoba wychodząca z domu: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						Osoba posiadająca zwierzęta domowe (jakie?):			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
OKREŚLENIE STANU ZDROWIA ORAZ OCENA SAMODZIELNOŚCI											
Poruszanie się	<input type="checkbox"/> Osoba chodząca						Słuch	<input type="checkbox"/> Dobry			
	<input type="checkbox"/> Z pomocą drugiej osoby							<input type="checkbox"/> Niedosłuch			
	<input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach							<input type="checkbox"/> Głuchota			
	<input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim						Wzrok	<input type="checkbox"/> Dobry			
	<input type="checkbox"/> Osoba leżąca							<input type="checkbox"/> Osoba niedowidząca			
Funkcje fizjologiczne	<input type="checkbox"/> Samodzielnie						Spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/> Osoba niewidoma			
	<input type="checkbox"/> Pampersy							<input type="checkbox"/> Samodzielnie			
	<input type="checkbox"/> Cewnik							<input type="checkbox"/> Przy pomocy			
Sprawność umysłowa	<input type="checkbox"/> Zaniki pamięci						<input type="checkbox"/> PEG				
	<input type="checkbox"/> Depresja						<input type="checkbox"/> Przez zgłębnik				
	<input type="checkbox"/> Agresja										



OPIS PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

Choroby:

Alergie, uczulenia:

PRZYJMOWANE LEKI (na receptę)

L.p.	Nazwa leku	Od kiedy są przyjmowane (rok)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

INNE ISTOTNE INFORMACJE ZDROWOTNE

DANE OSÓB DO KONTAKTU			
L.p.	Imię i nazwisko	Numer telefonu	Czy osoba posiada klucze do mieszkania Uczestnika projektu?
1.			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, że dane osób do kontaktu zostały przeze mnie podane za ich zgodą oraz, że osoby te zostały poinformowane, iż ich dane osobowe będą przetwarzane przez Województwo Kujawsko – Pomorskie Pl. Teatralny 2 87-100 Toruń wyłącznie w celu wprowadzenia ich do systemu teleopieki przez Kujawsko-Pomorskie Centrum Kompetencji Cyfrowych Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, ul. Włocławska 167, 87-100 Toruń jako osoby do kontaktu dla Uczestników Projektu w ramach projektu pn. „Kujawsko- Pomorska Teleopieka”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika projektu*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika projektu*

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