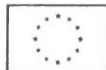
**KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA USŁUGI TELEOPIEKI**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU										
Imię i nazwisko:										
Data urodzenia:				-			-			
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: ☐ Nie ☐ Tak (proszę wskazać jakie:)										
OKREŚLENIE STANU ZDROWIA ORAZ OCENA SAMODZIELNOŚCI										
Poruszanie się										
☐ Osoba chodząca ☐ Osoba wychodząca z domu samodzielnie										
☐ Z pomocą drugiej osoby ☐ Osoba wychodząca z domu z pomocą drugiej osoby										
☐ Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach ☐ Osoba niewychodząca z domu										
☐ Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim ☐ Osoba leżąca										
☐ Skłonności do upadków										
Słuch										
☐ Dobry ☐ Niedosłuch/ Aparat słuchowy ☐ Głuchota										
Wzrok										
☐ Dobry ☐ Osoba niedowidząca ☐ Osoba niewidoma										
Funkcje fizjologiczne										
☐ Samodzielnie ☐ Pampersy ☐ Cewnik w pęcherzu moczowym ☐ Cewnik zewnętrzny										
☐ Stomia (☐ urostomia, ☐ nefrostomia, ☐ ureostomia) ☐ Odleżyny ☐ Otarcia										
☐ Grzybica ☐ 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?
				☐ TAK ☐ NIE
				☐ TAK ☐ NIE
				☐ TAK ☐ NIE

Data: 01.01.2021.

Podpis:

KLAUZULA ZGODY

1. 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.
2. 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: 01.01.2021.

Podpis:

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

