

**KARTA INFORMACYJNA UCZESTNIKA USŁUGI TELEOPIEKI**

| DANE UCZESTNIKA PROJEKTU | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|------------------------------------|--|--|---|---|---|
| Imię i nazwisko: | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia: | | d | d | - | m | m | - | 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"/> 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.