



## **ZGŁOSZENIE DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

### **„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024 - Moduł II w ramach usług opiekuńczych poprzez *dostęp do tzw. „opieki na odległość”***

Ja niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

wypełnić drukowanymi literami

Numer PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że\*:

a. zamieszkuję na terenie miasta Gniezna,

b. jestem osobą:

- samotnie zamieszkującą

- zamieszkującą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

c. jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,

d. posiadam / nie posiadam orzeczony .....stopień niepełnosprawności (proszę wskazać)

\* właściwe podkreślić

- ✓ Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniami w ramach usług opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” przyznanych mi zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie przez cały czas mojego uczestnictwa w Programie.
- ✓ Oświadczam, że akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2024 - Moduł II realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie.
- ✓ Otrzymałam/em Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie, przy ulicy Dworcowej 7, 62-200 Gniezno.

Oświadczam, że informacje zawarte w Zgłoszeniu do uczestnictwa w Programie są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy.

\_\_\_\_\_  
(Data i miejsce)

\_\_\_\_\_  
(Czytelny podpis )

## KARTA PACJENTA W PROJEKCIE TELEOPIEKUŃCZYM I TELEMEDYCZNYM

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_

Pesel: \_\_\_\_\_

Nazwa projektu / miejscowość realizacji projektu: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz/opiekuna OPS: \_\_\_\_\_

Data i godzina wypełnienia formularza: \_\_\_\_\_

*Wypełnij rzetelnie ankietę. Pola oznaczone czarną czcionką są obowiązkowe - **nie możesz ich pominąć** w żadnym wypadku. Pola oznaczone kursywą wynikają z udzielonych przez Ciebie odpowiedzi i uzupełniają naszą wiedzę o Pacjencie. Ta wiedza pozwoli nam jeszcze lepiej zatroszczyć się o zdrowie i bezpieczeństwo Pacjenta.*

### OŚWIADCZENIA PACJENTA

Oświadczam, że informacje zawarte w Karcie Pacjenta są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy.

### ANKIETA SPOŁECZNA

#### DANE OSÓB DO KONTAKTU

Dane osób do kontaktu - wpisz minimum 1 osobę

(upoważnione do udzielenia informacji o stanie zdrowia Pacjenta i zawiadomienia w razie zdarzenia zagrażającego jego życiu lub zdrowiu)

*W przypadku braku osób kontaktowych (bliskich) proszę wpisać dane kontaktowe opiekuna/pielęgniarki w formie:*

- imię, nazwisko,*
- telefon kontaktowy,*
- funkcja (np. pielęgniarka),*
- dodatkowo: godziny pracy i/lub dni, w których odwiedza Pacjenta*

#### OSOBA KONTAKTOWA 1

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa, np. syn: \_\_\_\_\_

Czy posiada klucze do domu Pacjenta? \_\_\_\_\_

*Inne istotne informacje (np. czas dojazdu do domu Pacjenta):* \_\_\_\_\_

### **OSOBA KONTAKTOWA 2**

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa, np. syn: \_\_\_\_\_

Czy posiada klucze do domu Pacjenta? \_\_\_\_\_

*Inne istotne informacje (np. czas dojazdu do domu Pacjenta):* \_\_\_\_\_

### **OSOBA KONTAKTOWA 3**

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa, np. syn: \_\_\_\_\_

Czy posiada klucze do domu Pacjenta? \_\_\_\_\_

*Inne istotne informacje (np. czas dojazdu do domu Pacjenta):* \_\_\_\_\_

### **MIEJSCE PRZEBYWANIA PACJENTA / KONTAKT**

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Numer domu: \_\_\_\_\_ Numer lokalu: \_\_\_\_\_

Skrytka na klucze do drzwi wejściowych: TAK / NIE *Podaj kod, jeśli posiada:* \_\_\_\_\_

Kod domofonu: \_\_\_\_\_ Piętro \_\_\_\_\_

Numer telefonu stacjonarnego (z numerek kierunkowym): \_\_\_\_\_

*Numer telefonu komórkowego:* \_\_\_\_\_

Opis budynku, np. kolor elewacji, wejście frontowe, wejście z boku, droga dojazdowa, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ile osób mieszka razem z badanym w tym samym gospodarstwie domowym?

Czy jakiś sąsiad posiada klucze do domu Pacjenta? TAK / NIE

*Dane kontaktowe sąsiada (imię, nazwisko, adres, numer telefonu):* \_\_\_\_\_

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA PACJENTA

Wzrost (w cm):

Waga (w kg):

Grupa krwi:

Czy u Pacjenta występują problemy ze wzrokiem? **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Jakie?* \_\_\_\_\_

*Czy nosi okulary?* \_\_\_\_\_

*W jakich sytuacjach, np. do czytania, na stałe etc.?* \_\_\_\_\_

Czy u Pacjenta występują problemy ze słuchem?

**TAK ZNACZNE** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **TAK NIEZNACZNE** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE WYSTĘPUJĄ**

*Czy Pacjent używa aparatu słuchowego?* \_\_\_\_\_

## WYBRANE JEDNOSTKI CHOROBY

Nadciśnienie: **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Od kiedy leczy?* \_\_\_\_\_

*Czy prowadzi dzienniczek pomiarów ciśnienia?* \_\_\_\_\_

Stan po zawale: **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Ile zawałów przeszedł Pacjent?* \_\_\_\_\_

*W którym roku był ostatni zawał?* \_\_\_\_\_

Stan po udarze: **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*W którym roku był ostatni udar?* \_\_\_\_\_

*Rodzaj udaru:* \_\_\_\_\_

Czy Pacjent posiada rozrusznik serca? **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Rodzaj rozrusznika:* \_\_\_\_\_

*Od którego roku?* \_\_\_\_\_

Czy Pacjent ma wszczepione by passy? **TAK / NIE**

Cukrzyca: **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Typ: (1 / 2)* \_\_\_\_\_

*Czy prowadzi dzienniczek pomiarów?* \_\_\_\_\_

Aktywna choroba nowotworowa: **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Jakiego organu dotyczy:* \_\_\_\_\_

*Od którego roku?* \_\_\_\_\_

Depresja: **TAK / NIE**    Bezsenność: **TAK / NIE**    Zaniki pamięci: **TAK / NIE**    Alzheimer: **TAK / NIE**

*Inne choroby o podłożu psychicznym:* \_\_\_\_\_

Czy Pacjentowi zdarzają się upadki lub omdlenia? **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Jak często w ciągu miesiąca?* \_\_\_\_\_

Niedowład: **TAK / NIE**    Parkinson: **TAK / NIE**    Padaczka: **TAK / NIE**

Niesamodzielność **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*W jakim zakresie?* \_\_\_\_\_

Niepełnosprawność **TAK** (WYPEŁNIJ POLA PONIŻEJ) / **NIE**

*Stopień* \_\_\_\_\_

*Zakres / opis* \_\_\_\_\_

*Inne choroby:* \_\_\_\_\_

Uczulenia:

\_\_\_\_\_

Lista aktualnie zażywanych leków przez Pacjenta:

- nazwa leku,
- liczba jednostek,

- dawkowanie i pora zażywania - rano, południe, wieczór, przed snem.

np. Acard, 75 mg, 1 tabletko rano, 1 tabletko wieczorem

---

---

---

## OPIEKA ZDROWOTNA

Nazwa POZ, do którego Pacjent chodzi: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Ulica, nr domu / lokalu \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza POZ \_\_\_\_\_

Informacje dotyczące leczenia specjalistycznego:

Przykładowo: imię i nazwisko kardiologa wraz z danymi kontaktowymi

---

*Inne istotne informacje dot. Pacjenta, wcześniej nie ujęte:* \_\_\_\_\_

---

Z jakich usług i urzędzeń korzysta Pacjent:

Usługa teleopieki z opaską SOS **TAK / NIE**

*Numer urzędzenia:* \_\_\_\_\_

Usługa kardiomonitoringu z EKG **TAK / NIE**

*Numer urzędzenia:* \_\_\_\_\_

Usługa diabetologiczna z glukotransmitterem **TAK / NIE**

*Numer urzędzenia:* \_\_\_\_\_

## Pamiętaj!

Aby usługa była świadczona na rzecz Pacjenta niezbędne jest wykonanie pełnej procedury włączenia Pacjenta, w szczególności:

- Przesłanie poprawnie wypełnionej **Karty Pacjenta - to ten dokument**. Sprawdź, czy prawidłowo wypełniłeś wszystkie pola,
- **Przeprowadzenie szkolenia z obsługi** przez osobę przekazującą urządzenie, w tym zapoznanie Pacjenta z Regulaminem świadczenia usług oraz informacją o przetwarzaniu d.o.,
- Potwierdzenie przez Pacjenta zrozumienia instruktażu, poprzez samodzielne wysyłanie pierwszego zgłoszenia / badania z urządzenia - tzw. "**zgłoszenia aktywacyjnego**". Zgłoszenie to wysyłane jest przez Pacjenta w obecności osoby przekazującą urządzenie.
- Każde zgłoszenie aktywacyjne musi zostać zakończone **rozmową z pracownikiem Centrum Telemedycznego**. Pracownik dokona weryfikacji urządzenia pod względem technicznym oraz potwierdzi poprawność wprowadzonych do systemu podstawowych danych identyfikujących Pacjenta.

---

## Dbamy o dane osobowe naszych Pacjentów

Informujemy, że Państwa dane będą przetwarzane przez firmę Telemedycyna Polska S.A., z siedzibą w Katowicach, 40-568, przy ul. Ligockiej 103, KRS 0000352918, NIP 6482542977 („TMP”).

**Klauzula informacyjna dla Pacjenta:** [https://telemedycynapolska.pl/docs/RODO\\_teleopieka\\_podopieczny.pdf](https://telemedycynapolska.pl/docs/RODO_teleopieka_podopieczny.pdf)

**Klauzula informacyjna dla osób upoważnionych przez Pacjenta:**

[https://telemedycynapolska.pl/docs/RODO\\_teleopieka\\_grupa\\_pomocowa\\_ogolne.pdf](https://telemedycynapolska.pl/docs/RODO_teleopieka_grupa_pomocowa_ogolne.pdf)



### Centrum Teleopieki Telemedycyny Polskiej S.A.

Kontakt z w sprawach związanych z teleopieką:

[teleopieka@telemedycynapolska.pl](mailto:teleopieka@telemedycynapolska.pl) tel.: 32 376 19 03

[www.telemedycynapolska.pl](http://www.telemedycynapolska.pl)

Telemedycyna Polska Spółka Akcyjna, ul. Ligocka 103, 40-568 Katowice, mail: [info@telemedycynapolska.pl](mailto:info@telemedycynapolska.pl) tel.: 32 376 14 55 . Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000352918, NIP 6482542977. Kapitał zakładowy w wysokości: 668.164,60 zł (w całości opłacony). Administratorem Twoich danych jest Telemedycyna Polska S.A., która wyznaczyła Inspektora ochrony danych e-mail: [iod@telemedycynapolska.pl](mailto:iod@telemedycynapolska.pl). Zapoznaj się z szerszą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych <https://telemedycynapolska.pl/rodo>.