

DRUK WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMIZałącznik nr 1 do umowy
o świadczenie usługi „opieki na odległość”**Karta Informacyjna Podopiecznego**

Imię i nazwisko										
Data urodzenia	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r
Miejsce świadczenia usługi (ulica, miejscowość, kod pocztowy)										
PESEL										
Telefon kontaktowy										
Numer IMEI opaski										
Czułość detektora upadku (1-najmniejsza, 5-najmocniejsza czułość)	1		2		3		4		5	
Telefon kontaktowy do najbliższych osób wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa, (w tym osoby zobowiązanej do zwrotu opaski)										
Telefon osoby upoważnionej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa										
Telefon do osoby posiadającej klucz do mieszkania wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa										
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne										
Dane przychodni, lekarza POZ i pielęgniarki POZ	Przychodnia (nazwa przychodni, ulica, miejscowość)..... Lekarz POZ Pielęgniarka POZ									
Określenie stanu zdrowia	Osoba chodząca Osoba chodząca za pomocą osób drugih Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim Osoba leżająca Stan skóry: Czystość / zmiany patologiczne: odleżyny, otarcia, grzybica, rany przewlekłe Słuch: Dobry / niedosłuch / głuchota Wzrok: Dobry / niedowidzenie / osoba niewidoma									

Ocena samodzielności	Spożywanie posiłków: Samodzielnie / przy pomocy osoby drugiej / PEG / przez zgłębnik Dieta: tak (jaka?) / Nie Funkcje fizjologiczne: Samodzielnie / pampersy / cewnik (data ostatniego założenia)
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia podopiecznego jeśli Podopieczny posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10	
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)	
Osoba wychodząca z domu	Tak / Nie
Kod do domofonu	
Przyjmowane leki Dokładna nazwa produktu leczniczego wraz z dawkowaniem np.: <i>Diclac 150 Duo – 150mg – tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu – dawkowanie: 1-0-0</i> <i>Sposób dawkowania określamy w formacie r-p-w (rano,południu, wieczorem)</i>	
Miejsce przechowywania leków	
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej	
Nałogi	
Zwierzęta domowe	
Schemat dnia	
Inne	

Oświadczam, że podane powyżej osoby najbliższe/upoważnione zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich danych w Karcie i wyraziły na to zgodę na podstawie klauzuli informacyjnej/klauzuli zgody osoby najbliższej/upoważnionej według wzoru stanowiącego Załączniki do umowy o świadczenie usług „opieki na odległość” w ramach programu „Program Teleopieki dla Mieszkańców Gminy Dąbrowa Górnicza na rok 2022”.

.....
Data wypełnienia Karty

.....
Czytelny podpis

Karta Leków Podopiecznego

wypełnić w przypadku braku miejsca w Karcie Informacyjnej Podopiecznego

Imię i nazwisko										
PESEL										

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.

LP	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			RANO	PO POŁUDNIU	WIECZOREM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

.....

.....data wypełnienia

.....

.....czytelny podpis

