

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										
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	<p>Przychodnia (nazwa przychodni, ulica, miejscowość)</p> <p>.....</p> <p>Lekarz POZ</p> <p>Pielęgniarka POZ</p>									
Określenie stanu zdrowia	<p>Osoba chodząca</p> <p>Osoba chodząca za pomocą osób drugich</p> <p>Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach</p> <p>Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim</p> <p>Osoba leżąca</p>									
	<p>Stan skóry:</p> <p>Czystość / zmiany patologiczne: odleżyny, otarcia, grzybica, rany przewlekłe</p> <p>Słuch: Dobry / niedosłuch / głuchota</p> <p>Wzrok: Dobry / niedowidzenie / osoba niewidoma</p>									

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

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, popołudniu, wieczorem)</i>	
Miejsce przechowywania leków	
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej	
Nałogi	
Zwierzęta domowe	
Schemat dnia	
Inne	

Oświadczam, iż powyższe dane w tym dane o przyjmowanych lekach i ich dawkach, nałogach oraz stanie zdrowia są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych przez Infomedic.pl Sp. Z.o.o. Sp. K. w celu świadczenia usługi całonocowej teleopieki.

.....
 Data i podpis podopiecznego,
 opiekuna prawnego lub pełnomocnika