

GMINNY PROGRAM OSŁONOWY „TELEOPIEKA - BEZPIECZNY SENIOR” NA ROK 2023

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DLA CENTRUM TELEOPIEKI

1	Nazwisko i imię seniora	
2	Adres zamieszkania seniora	
3	Nr pesel	

I. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

Podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki.

Wzrost seniora

Masa ciała seniora

Standardowe ciśnienie skurczowe seniora

Standardowe ciśnienie rozkurczowe seniora

CHOROBY SENIORA

– proszę wpisać np. zdiagnozowane przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych, inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne:

AKTUALNIE PRZYJOWANE LEKI PRZEZ SENIORA

– proszę wpisać, jakie przyjmuje Pani/Pan leki zarówno na receptę, jak i bez recepty

II. INFORMACJE DODATKOWE

- np. szczególne warunki mieszkaniowe, informacje kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Seniora lub przedstawiciela ustawowego

III. ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY

Oświadczam, że wyrażam dobrowolnie i świadomie **zgody na telefoniczny kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki** w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopaski – np. w sytuacji, gdy połączenie przez teleopaskę nie zostanie odebrane.

Kontakt ze mną może nastąpić pod numerem telefonu:

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Seniora lub przedstawiciela ustawowego

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego

IV. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ TELECENTRUM SVOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

Wyrażam dobrowolnie i świadomie **zgode** na **przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Telecentrum ze wskazanym przeze mnie Opiekunem** we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem Teleopaski.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA nr 1	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do nadania opiekunowi uprawnień dostępu do aplikacji monitorującej sytuację Seniora)	

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA nr 2	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA (potrzebny do nadania opiekunowi uprawnień dostępu do aplikacji monitorującej sytuację Seniora)	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Seniora lub przedstawiciela ustawowego