

Zarządzenie wewnętrzne Nr 72/2020
Dyrektora Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie
z dnia 30 grudnia 2020 r.
w sprawie przyjmowania wniosków kandydatów do udziału
w zadaniu pn. „SOS dla Seniora”

Na podstawie § 7 ust.5 Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie, stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 3/7/2019 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 1 lipca 2019 roku w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie, zarządzam, co następuje:

§1

1. Wprowadzam do stosowania „Regulamin rekrutacji i udziału w teleopiece realizowanej przez Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie pn. „SOS dla Seniora”, w brzmieniu stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia.
2. Regulamin obowiązuje w czasie realizacji zadania „SOS dla Seniora” tj. od 1 stycznia 2021 roku do 31 grudnia 2022 roku.

§2

Dopuszcza się składanie wniosków:

1. telefonicznie,
2. za pośrednictwem poczty elektronicznej (mail)
3. osobiście, w siedzibie Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie, ul. Lwowska 28, 20-128 Lublin.

§3

Nadzór nad wykonaniem zadania powierza się Zastępcy Dyrektora (ZC)

Anna Walczak
Dyrektor

Regulamin rekrutacji i udziału w teleopiece
realizowanej przez Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie pn. „SOS dla Seniora”

§ 1

Informacje ogólne

Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu pn. „SOS dla Seniora” oraz prawa i obowiązki uczestników.

1. Celem głównym zadania jest poprawa jakości życia osób w podeszłym wieku poprzez realizację usług wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno – komunikacyjne, które umożliwią seniorom jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w naturalnym środowisku.
2. Zadanie realizowane jest przez Gminę Lublin, Plac Króla Władysława Łokietka 1, 20-950 Lublin, REGON: 000594198, NIP: 946 25 75 811 w imieniu której zadanie wykonuje Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie, ul. Lwowska 28, 20-128 Lublin.
3. Zadanie finansowane jest ze środków budżetu Gminy Lublin.
4. Zadanie realizowane jest w okresie od 01.01.2021 do 31.12.2022.
5. Informacje na temat zadania, naboru i realizacji form wsparcia z zakresu teleopieki zamieszczone są na stronie internetowej Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie <http://www.zow.lublin.eu/sosdlaseniora> oraz www.lublin.eu/mieszkanicy/seniorzy/.
6. Wszystkie osoby biorące udział w zadaniu otrzymają bezpłatne wsparcie w zakresie usługi teleopieki, o której mowa w § 3.

§ 2

Definicje

Zadanie – oznacza program pn. „SOS dla Seniora” finansowany z budżetu Gminy Lublin, w ramach którego świadczona będzie usługa teleopieki.

Realizator - Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie, ul. Lwowska 28, 20-128 Lublin, pok. 14p (sekretariat) tel 81 466 55 60 lub 81 466 55 61, email: sosdlaseniora@zow.lublin.eu czynny 7.00 -15.00.

Wykonawca - SiDLY Sp. z o.o., ul. Chmielna 2/31, 00-020 Warszawa

Biuro Rekrutacji – Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie, ul. Lwowska 28, 20-128 Lublin

Dokumenty zgłoszeniowe – niezbędne dokumenty umożliwiające zakwalifikowanie kandydata do zadania tj. formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o kwalifikowalności do zadania oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych w procesie rekrutacji i realizacji zadania.

Kandydat – osoba ubiegająca się o udział w zadaniu.

Uczestnik – osoba zakwalifikowana do udziału w zadaniu, która spełnia kryterium wieku oraz miejsca zamieszkania.

Teleopieka - system, który umożliwia codzienną, zdalną opiekę nad Uczestnikami zadania.

Opaska – urządzenie do teleopieki w formie bransoletki na nadgarstek zapewniające łączność z Centrum teleopieki.

Centrum Teleopieki – instytucja zapewniająca możliwość całodobowego przekazywania informacji o potrzebie wezwania pomocy, funkcjonująca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Kontakt z Centrum Teleopieki pod numerem telefonu: 22 160 55 88. Kontakt z pomocą techniczną pod numerem telefonu: 22 123 03 90.

§ 3

Zakres wsparcia

1. Zadanie zakłada zapewnienie min. 400 uczestnikom formy wsparcia, jaką jest usługa teleopieki.
2. Wsparcie o którym mowa w pkt 1, realizuje Wykonawca zadania, w szczególności poprzez:
 - a. prezentację działania Centrum Teleopieki uczestnikowi oraz przeszkolenie go w zakresie obsługi opaski,
 - b. przekazanie oraz podłączenie opaski do Centrum Teleopieki,
 - c. zapewnienie całodobowej łączności z Centrum Teleopieki, monitoring wskaźników mierzonych przez opaskę oraz rejestrację sygnałów alarmowych
 - d. przyjmowanie zgłoszeń o nieprawidłowości działania opaski oraz odbiór uszkodzonej i dostawa nowej lub naprawionej opaski.
3. Opaska służy do natychmiastowego wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. Urządzenie łączy się w razie potrzeby z pracownikami Centrum Teleopieki, którzy udzielają adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy, w tym: m.in. informują osoby wskazane do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy, wzywają pogotowie lub służby ratunkowe – jeśli sytuacja tego wymaga.
4. Skorzystanie z tej formy pomocy i zastosowanie ww. opaski jest uzależnione od dostępu sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania uczestnika. Opaska posiada indywidualny i niepowtarzalny numer i wyposażona jest w:
 - a. przyciski do bezpośredniego połączenia się z Centrum Teleopieki i odbierania połączeń przychodzących,
 - b. miernik tętna,
 - c. czujnik upadku,
 - d. czujnik zdjęcia i założenia opaski,
 - e. lokalizator GPS,
 - f. pomiar poziomu ładowania baterii.
5. Opaska będzie serwisowana przez Wykonawcę zadania.
6. Centrum Teleopieki funkcjonuje 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.
7. Do zadań pracowników Centrum Teleopieki należy:
 - a. odbieranie alarmów z opaski,
 - b. nawiązywanie kontaktu z uczestnikiem po odebraniu alarmu,
 - c. kontakt z podanym wcześniej przez uczestnika numerem telefonu w celu weryfikacji wystąpienia alarmu,
 - d. wezwanie pomocy,
 - e. utrzymanie kontaktu z uczestnikiem do momentu przybycia pomocy,
 - f. stałe monitorowanie stanu technicznego opasek,
 - g. systematyczne monitorowanie poziomu naładowania opasek, oraz ich stanu technicznego.
8. W przypadku awarii opaski lub problemów technicznych związanych z użytkowaniem uczestnik informuje pomoc techniczną świadczoną przez Wykonawcę zadania w celu wymiany urządzenia lub jego naprawy.

§ 4

Warunki zakwalifikowania do udziału w zadaniu

1. Uczestnikiem zadania może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria łącznie:
 - a. zamieszkuje na terenie miasta Lublin,
 - b. jest osobą, która skończyła 60 rok życia, a w wyjątkowych sytuacjach, warunkowanych stanem zdrowia, poniżej 60 roku życia,
 - c. wyrazi zgodę na udział w zadaniu, przestrzeganie Regulaminu i na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych podczas procesu rekrutacji i realizacji zadania
2. Realizator zastrzega możliwość odmowy udziału w zadaniu na każdym jego etapie osobom, których sytuacja życiowa, zdrowotna, prawna nie pozwala na skorzystanie z oferowanego wsparcia.

§ 5

Ogólne zasady i warunki rekrutacji

1. Rekrutacja prowadzona będzie zgodnie z zasadą równości szans, płci i niedyskryminacji.
2. Rekrutacja będzie prowadzona w trybie ciągłym od 04.01.2021 r. do 18.01.2021 r lub do wyczerpania ilości miejsc.
3. Po wyczerpaniu ilości miejsc, zostanie utworzona lista rezerwowa dla 100 kandydatów.
4. Za rekrutację uczestników odpowiedzialny jest pracownik Realizatora.
5. Warunkiem uczestnictwa w procesie rekrutacji jest zgłoszenie telefoniczne pod numerem telefonu: 81 466 55 60, 539 867 635, 880 523 421 lub mailowe pod adresem sosdlaseniora@zow.lublin.eu chęci uczestnictwa w zadaniu.
6. Kandydat, po zapoznaniu się z niniejszym Regulaminem udziela ustnej zgody na przetwarzanie niezbędnych danych osobowych w procesie rekrutacji oraz przekazuje je pracownikowi realizatora.
7. Dopuszcza się dokonanie zgłoszenia przez opiekuna uczestnika.
8. Pracownik Realizatora przeprowadza weryfikację formalną danych zgłoszonego kandydata, w szczególności, czy spełnia kryteria określone w § 4 oraz przekazuje niezbędne dane tj. imię, nazwisko, telefon oraz adres do Wykonawcy zadania.
9. W przypadku stwierdzenia, że Kandydat nie spełnia kryteriów, realizator informuje go telefonicznie o braku możliwości udziału w zadaniu. W przypadku trzech bezskutecznych prób kontaktu dalsze powiadomienia nie będą dokonywane.
10. Pracownik Realizatora sporządza listę Kandydatów wg kolejności zgłoszeń zakwalifikowanych do udziału w zadaniu. Informacja na temat zakwalifikowania się do zadania będzie przekazana Kandydatowi lub osobie upoważnionej telefonicznie. W przypadku min. trzech bezskutecznych prób kontaktu telefonicznego, osoba ta nie ma zagwarantowanego udziału w zadaniu i zostaje przesunięta do alfabetycznej listy rezerwowej.
11. Lista Uczestników zakwalifikowanych do udziału w zadaniu zostanie udostępniona Wykonawcy zadania.
12. Kandydatom nie przysługuje prawo odwołania się od wyników rekrutacji.

§ 6

Umowa na świadczenie usług teleopiekuńczych

1. Umowę na świadczenie usług teleopiekuńczych sporządza i podpisuje Realizator z Wykonawcą zadania.
2. Realizator prowadzi rejestr aktywnych opasek.
3. Wykonawca wyposaża Uczestników zgłoszonych przez pracownika Realizatora zadania w opaski oraz dokonuje instruktażu użytkownika.

§ 7

Zobowiązania Uczestnika projektu

1. Uczestnik, któremu wydano opaskę jest jedynym dysponentem urządzenia. Nie może odstępować urządzenia osobie trzeciej.
2. Za dzień rozpoczęcia udziału w zadaniu przyjmuje się datę otrzymania formy wsparcia w postaci aktywacji usługi.
3. Uczestnik jest zobowiązany do przekazania Centrum Teleopieki informacji określonych w „Karcie Informacyjnej Pacjenta”, stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu.
4. Udział w zadaniu może trwać maksymalnie do 31.12.2022 r.
5. Uczestnicy zadania zobowiązani są do zgłaszania Realizatorowi:
 - 1) Telefonicznego, internetowego lub osobiście po wcześniejszym uzgodnieniu terminu zgłoszenia chęci przystąpienia do zadania,
 - 2) każdorazowego powiadamiania o zmianie danych osobowych przekazanych podczas procesu rekrutacji;
 - 3) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział w zadaniu.
6. Zakończenie uczestnictwa w zadaniu następuje z chwilą:
 - 1) zaprzestania świadczenia usług przez Wykonawcę, wskutek zakończenia umowy między Wykonawcą a Realizatorem tj. 31.12.2022 r,
 - 2) skreślenia z listy Uczestnika w związku z:
 - a) rezygnacją Uczestnika,
 - b) znacznym pogorszeniem stanu zdrowia Uczestnika uniemożliwiającym dalsze korzystanie z usługi,
 - c) przerwaniem użytkowania opaski przez okres ciągły trwający ponad 7 dni bez powiadamiania Centrum Teleopieki o przyczynie przerwania,
 - d) brakiem możliwości świadczenia usług przewidzianych w zadaniu niezależnym od Realizatora, Centrum Teleopieki, Wykonawcy lub Uczestnika.
7. Uczestnik zostaje poinformowany telefonicznie o zamiarze skreślenia osoby z listy Uczestników zadania.
8. Uczestnik zgłasza telefonicznie do Realizatora chęć rezygnacji z uczestnictwa w zadaniu. Rezygnacja winna zawierać następujące informacje: imię i nazwisko Uczestnika, datę rezygnacji, powód rezygnacji.
9. W przypadku rezygnacji lub skreślenia z listy Uczestnika przed zakończeniem zadania, Uczestnik ma obowiązek zwrócić opaskę do Realizatora w ciągu 7 dni od dnia rezygnacji lub przekazania informacji o skreśleniu z listy Uczestników.
10. Po zakończeniu zadania w związku z upływem czasu na który umowa została zawarta, Uczestnik nie ma obowiązku zwrotu opaski Realizatorowi.
11. Uczestnik ponosi koszty naprawy urządzenia w wypadku użytkowania go niezgodnie z przeznaczeniem.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik zadania jest zobowiązany do przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.
2. Regulamin dostępny jest Biurze Rekrutacji oraz na stronie <http://zow.lublin.eu/sosdlaseniara>.
3. Realizator zadania zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie. Informacje o ewentualnych zmianach zostaną zamieszczone na stronach internetowych realizatora zadania <http://www.zow.lublin.eu/sosdlaseniara>.

4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.01.2021 i obowiązuje przez okres realizacji zadania tj. do 31.12.2022 r.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna RODO.

Załącznik nr 2 – Formularz zgłoszeniowy.

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o zgodności podanych informacji ze stanem faktycznym.

Załącznik nr 4 – Wzór „Karty Informacyjnej Pacjenta”

Informacja telefoniczna:

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie. Państwa dane będą przetwarzane w celu realizacji programu teleopieki - „SOS dla Seniora”. Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w siedzibie administratora przy ul. Lwowskiej 28 oraz na stronie internetowej <http://www.zow.lublin.eu/sosdlaseniora>.

Klauzula informacyjna dla uczestników

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) – dalej określanego jako „Rozporządzenie”, „RODO” lub „Rozporządzenie RODO” informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie** reprezentowany przez dyrektora, z siedzibą przy ul. Lwowskiej 28, 20-128 Lublin, tel. 81 466-55-60 wew. 20, adres e-mail: zow@zow.lublin.eu
2. Osobą uprawnioną do kontaktu w imieniu Administratora w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych jest Inspektor Ochrony Danych, tel. 609 358 934, adres e-mail: iod@zow.lublin.eu
3. **Informacje o pobieranych/gromadzonych danych:**
 - a) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wskazanych w formularzu zgody jest, w szczególności *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w tym art. 6 ust. 1 lit a)*. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan wycofać w dowolnym momencie. Jednak wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - b) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia wsparcia uczestnikom programu pn. „SOS dla Seniora” (zwanego dalej **zadaniem**) finansowanego z budżetu Gminy Lublin, w ramach którego świadczona będzie usługa teleopieki z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytów prowadzonych w zakresie realizacji zadania.
 - c) Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do celów realizacji zadania. Odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości przyjęcia i uczestnictwa w zadaniu.
 - d) Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane osobowe zwykłej kategorii i dane sensytywne (szczególniej kategorii).
 - e) Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w realizacji programu pn. „SOS dla Seniora”, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu i

sprawozdawczości a także podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, jeśli taka umowa zostanie zawarta.

- f) Państwa dane będą przetwarzane przez okres uczestnictwa w zadaniu lub okres niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania zadania, tj. do czasu rozliczenia zadania oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- g) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- h) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą współadministrowane.
- i) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- j) W przypadku wizerunku, będzie on wykorzystywany dla potrzeb dokumentowania uczestnictwa w działaniach realizowanych przez ZOW, w tym: uczestnictwa w działaniach finansowanych ze środków publicznych, dla potrzeb własnych.

Informacja o prawach osoby, której dane są przetwarzane:

W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

- a) prawo dostępu do treści danych na podstawie art. 15 Rozporządzenia, z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie naruszają tajemnic prawnie chronionych,
- b) prawo do sprostowania danych na podstawie art. 16 Rozporządzenia,
- c) prawo do usunięcia danych na podstawie art. 17 Rozporządzenia,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 Rozporządzenia,
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia,
- f) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. przed 25 maja 2018 r. do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, po 25 maja 2018 r. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Formularz zgłoszeniowy

Dane Kandydata:						
Imię:						
Nazwisko:						
Adres:						
Ulica:		Nr budyunku		Nr. lokalu		
Data Urodzenia	Rok		Miesiąc		Dzień	
Nr. telefonu						
Czy kandydat będzie Uczestnikiem zadania			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Dane Opiekuna Faktycznego / osoby zgłaszającej Uczestnika (w wypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)						
Imię:						
Nazwisko:						
Czy jest opiekunem faktycznym Kandydata			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Nr. telefonu						

Data przyjęcia zgłoszenia:.....

Godzina przyjęcia:.....

Osoba przyjmująca zgłoszenie:.....

.....
Podpis kandydata w wypadku złożenia osobistego

Załącznik nr 3
do regulaminu rekrutacji i udziału w teleopiece
realizowanej przez Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie
pn. „SOS dla Seniora”

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej

Oświadczam, że podane do formularza zgłoszeniowego oraz odczytane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałem się, akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać regulamin rekrutacji i udziału w teleopiece realizowanej przez Zespół Ośrodków Wsparcia w Lublinie pn. „SOS dla Seniora”.

Zgłoszenie kandydata przyjęto w formie telefonicznej/mailowej/osobiście zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Nr .72/2020 Dyrektora Zespołu Ośrodków Wsparcia w Lublinie w sprawie przyjmowania wniosków kandydatów do udziału w zadaniu pn. „SOS dla Seniora”

.....
Podpis kandydata w wypadku złożenia osobistego

Karta Informacyjna Pacjenta

Imię i nazwisko					
Data urodzenia					
Miejsce świadczenia usługi <small>(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)</small>					
Kod pocztowy	Miejscowość:				
PESEL					
Numer telefonu Pacjenta					
Numer IMEI opaski					
Czułość detektora upadku <small>(1-najmniejsza, 5-najmocniejsza czułość)</small>	1	2	3	4	5
Telefon osoby upoważnionej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa. Osoby te będą upoważnione do wglądu oraz uzyskania kopii dokumentacji medycznej.</small>	W N Z O R				
Telefon do osoby posiadającej klucz do mieszkania <small>wraz z imionami, nazwiskami oraz stopniami pokrewieństwa</small>	W N Z O R				
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne	W N Z O R				
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ	W N Z O R				
Telefon do rejestracji POZ	W N Z O R				
Imię i nazwisko lekarza POZ	W N Z O R				
Osoba wychodząca z domu	Tak / Nie				
Kod do domofonu					
Miejsce przechowywania leków					
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej					

W PRZYPADKU PISMA ODREČNEGO PROSZE O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się	Osoba chodząca	Stan skóry	Czystość
		Osoba chodząca za pomocą osób drugih		odleżyny
		Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach		otarcia
		Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		grzybica
		Osoba leżąca		rany przewlekłe
	Słuch	Dobry	Wzrok	Dobry
		niedosłuch		niedowidzenie
		głuchota		osoba niewidoma
	Spożywanie posiłków	Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne	Samodzielnie
		przy pomocy osoby drugiej		pampersy
		PEG		cewnik
		przez zgłębnik		
Dieta, alergie pokarmowe				
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10				
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)				
Nałogi				
Zwierzęta domowe				
Schemat dnia				
Inne				

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Informacyjnej Pacjenta.

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

Karta Leków Pacjenta

wypełnić w przypadku braku miejsca w Karcie Informacyjnej Pacjenta

Imię i nazwisko											
PESEL											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR np. 1-U-U lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.
Pomocnym narzędziem do wpisania poprawnej nazwy leku, mocy czy też typu tabletki jest wyszukiwarka pod adresem http://grupa-infomedic.pl/sti_api/lek

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						

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO PROSZĘ O WYPEŁNIENIE KARTY WIELKIMI LITERAMI

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Leków Pacjenta.

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