

Karta Informacyjna Pacjenta

Dziękujemy za wybór Teleopieki! Rzetelne wypełnienie karty informacyjnej jest niezwykle ważne, byśmy mogli udzielić Państwu pomocy lub wezwać pomoc do Państwa. Prosimy o wypełnienie karty czytelnie i starannie oraz przekazując jak najwięcej danych w oparciu o Państwa dokumentację medyczną.

Sekcja I: Dane osobowe Pacjenta												
Imię i nazwisko												
Data urodzenia	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r		
Miejsce świadczenia usługi	Nazwa ulicy						Numer domu		Numer mieszkania			
Kod pocztowy					Miejscowość:							
PESEL												

W sekcji II karty prosimy o podanie numeru telefonu stacjonarnego i/lub komórkowego do Pacjenta, jeśli Pacjent nie posiada któregoś z telefonów, prosimy o wpisanie „brak” w odpowiednim miejscu.

Sekcja II: Numery telefonów do Pacjenta					
Numer telefonu stacjonarnego Pacjenta			Numer telefonu komórkowego Pacjenta		

Sekcja III: Numer IMEI urządzenia – numer IMEI urządzenia alarmowego. Numer ten znajduje się na spodzie opakowania											
Numer IMEI opaski											

Dane podane w Sekcji IV pomogą służbom ratunkowym sprawniej i szybciej dotrzeć do Pacjenta, podanie zwierząt domowych zapewni większe bezpieczeństwo Zespołowi Ratownictwa Medycznego. Określenie miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w domu ułatwi ewentualne przekazanie jej lekarzowi w przypadku ewentualnej hospitalizacji po wezwaniu służb ratunkowych.

Sekcja IV: Opis dojazdu do lokalu mieszkalnego wraz z informacjami dla służb ratunkowych							
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne							
Podjazd pod klatkę/bramę:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Piętro:		Winda:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Strome schody:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba wychodząca z domu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Kod do domofonu:			Ilość domowników:		
Zwierzęta domowe							
Miejsce przechowywania leków							
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej							

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIIE ORAZ WIELKIMI LITERAMI

W Sekcji V podaj dane lekarza pierwszego kontaktu oraz nazwę i adres przychodni.

Sekcja V: Dane przychodni POZ	
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ	
Telefon do rejestracji POZ	
Imię i nazwisko lekarza POZ	

W Sekcji VI wypełnij diety, alergie pokarmowe oraz nałogi i alergie na leki Pacjenta.

Sekcja VI: Alergie i nałogi	
Dieta, alergie pokarmowe	
Alergie na leki	
Nałogi	

W Sekcji VII prosimy podać dokładny opis problemów zdrowotnych, który da nam ogólną wiedzę na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz ewentualnych powikłań.

Sekcja VII: Ocena stanu zdrowia i samodzielności				
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		
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)				

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIIE ORAZ WIELKIMI LITERAMI

Sekcja VIII: Informacje dodatkowe

 Schemat dnia
 dodatkowe informacje

W sekcji IX karty prosimy o dokładne wypełnienie wykazu osób kontaktowych do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaże stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja IX: Dane osób upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej

OSOBA #1	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #2	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #3	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #4	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #5	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #6	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #7	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #8	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #9	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	<input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA

W PRZYPADKU PISMA ODREČNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNICZĄ ORAZ WIELKIMI LITERAMI

W sekcji X karty prosimy o uzupełnienie przyjmowanych leków w formacie dawkowania RANO-POŁUDIE-WIECZÓR np. 1-0-1. W przypadku braku przyjmowanych leków prosimy o wpisanie takiej informacji poniżej.

Sekcja X: Przyjmowane leki						
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						

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. Bezterminowo upoważniam osoby wymienione w Sekcji IX do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz bezterminowego dostępu do mojej dokumentacji medycznej w pełnym zakresie. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Centrum Telemedycznym Ekomedika. Świadczenie odbędzie się z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość bez bezpośredniego badania przedmiotowego. Wyrażam zgodę na objęcie mojej osoby usługą Zdalnej Opieki Medycznej w Centrum Ratunkowym Ekomedika (Kod res cz. V: 02, VII: 101, VIII: 0040).

 Miejscowość i data

 Podpis Pacjenta

W PRZYPADKU PISMA ODREČNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM I LITERAMI