# **Formularz POTWIERDZENIA udziału**

# w Projekcie np. **„Świadczenia telemedyczne w POZ FAMILIA w Siemianowicach Śląskich”** dofinansowanym ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach projektu pn.: „Dostępność Plus dla zdrowia” Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PACJENTA** | **1** | Imię | |  |
| **2** | Nazwisko | |  |
| **3** | PESEL | |  |
| **6** | ADRES ZAMIESZKANIA | Miejscowość |  |
| **7** | Kod pocztowy |  |
| **8** | Ulica / nr budynku / nr lokalu |  |

**Potwierdzam udział ww. Pacjenta Usługą (ZAZNACZ X przy właściwym wyborze):**

* Program DIAGNOSTYKI kardiologicznej **TeleFamEkg+** (max do 30 dni)
* Program OPIEKI kardiologicznej **TeleFamEkg(dom)** na okres:

1 m-c 3 m-ce 6 m-cy 12 m-cy (nie dłużej niż do dnia 31.12.2022 r.)

* Program **TeleFamDiab** na okres:

1 m-c 3 m-ce 6 m-cy 12 m-cy (nie dłużej niż do dnia 31.12.2022 r.)

* Program **TeleFamHolterEKG** na okres:

24 godz. 48 godz. 74 godz.

* Program **TeleFamHolterRR** na okres:

24 godz. 48 godz. 74 godz.

**Pacjentowi wydano Urządzenie** **(ZAZNACZ X przy właściwym wyborze):**

* Zdalny aparat EKG EHO-MINI o numerze seryjnym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o wartości rynkowej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Zdalny glukometr z modułem transmisji o numerze seryjnym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o wartości rynkowej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Holter EKG o numerze seryjnym G2101-04867 o wartości rynkowej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Holter RR o numerze seryjnym 302101105 o wartości rynkowej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data zwrotu Urządzenia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
data i podpis osoby odbierającej urządzenie ze strony Familia