# **Formularz zgłoszenia 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.

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„Świadczenia telemedyczne w POZ FAMILIA w Siemianowicach Śląskich”** | | |
| **Data wpływu** |  | **Podpis osoby przyjmującej formularz** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PACJENTA** | **1** | Imię | |  |
| **2** | Nazwisko | |  |
| **3** | PESEL | |  |
| **4** | Telefon kontaktowy (własny) | |  |
| **5** | Adres e-mail (własny) | |  |
| **6** | ADRES ZAMIESZKANIA | Miejscowość |  |
| **7** | Kod pocztowy |  |
| **8** | Ulica / nr budynku / nr lokalu |  |

**Weryfikacja kwalifikowalności do projektu zgodnie z Regulaminem Projektu**

**Oświadczam, że jestem osobą o szczególnych potrzebach, w tym indywidualnych, wynikających z braku pełnej sprawności, tj. w szczególności: (zaznacz x, jeśli spełniasz):**

* osoba starsza i osłabiona chorobami;
* kobieta w ciąży;
* osoba z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi;
* osoba na wózku inwalidzkim, poruszająca się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;
* osoba niewidoma i słabo widząca;
* osób głucha i słabo słysząca;
* osoba głuchoniewidoma;
* osoba z niepełnosprawnościami psychicznymi i intelektualnymi;
* osoba mająca trudność w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego)
* osoba o nietypowym wzroście (w tym również dziecko)
* osoba z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, towarem
* inne szczególne potrzeby:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zakres Usługi i czas trwania**

**Proszę o objęcie mnie Usługą (ZAZNACZ X przy właściwym wyborze):**

* Program DIAGNOSTYKI kardiologicznej **TeleFamEkg+** (max do 30 dni)
* Program OPIEKI kardiologicznej **TeleFamEkg(dom)** na okres:
  + 1 miesiąca
  + 3 miesięcy
  + 6 miesięcy
  + 12 miesięcy (nie dłużej niż do dnia 31.12.2022 r.)
* Program **TeleFamDiab** na okres:
  + 1 miesiąca
  + 3 miesięcy
  + 6 miesięcy
  + 12 miesięcy (nie dłużej niż do dnia 31.12.2022 r.)
* Program **TeleFamHolterEKG** na okres:
  + 24 godz.
  + 48 godz.
  + 72 godz.
* Program **TeleFamHolterRR** na okres:
  + 24 godz.
  + 48 godz.
  + 72 godz.

**Oświadczenia wymagane do wzięcia udziału w projekcie (ZAZNACZ X)**

* Oświadczam, że zapoznałem/łam się z ***Regulaminem Projektu*** i akceptuję jego zapisy *(Obowiązkowe).*
* Oświadczam, że zapoznałem/łam się z ***Regulaminem udzielania świadczeń telemedycznych*** i akceptuję jego zapisy *(Obowiązkowe).*
* Oświadczam, że otrzymałem treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez Telemedycynę Polską S.A. *(Obowiązkowe).*
* Oświadczam, że otrzymałem treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez Grupową Praktykę Lekarzy Rodzinnych „Familia” Sp. z o.o. *(Obowiązkowe).*
* Zostałem poinformowany, że rozmowy prowadzone przez Centrum Telemedyczne Telemedycyny Polskiej S.A. są nagrywane oraz archiwizowane i wykorzystywane do prowadzenia działań, ustalania wsparcia i rozwiązywania trudności, jakie muszą być dokonywane w związku z udzielaniem mi świadczeń zdrowotnych oraz wyrażam na to zgodę *(Obowiązkowe)*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego Pacjenta*

**Potwierdzenie ODBIORU urządzenia przez Pacjenta**

**W związku z zakwalifikowaniem mnie do Projektu potwierdzam odbiór** kompletnego i sprawnego urządzenia oraz że zostałem przeszkolony/a z jego użytkowania: /nazwa, nr seryjny, akcesoria, materiały eksploatacyjne **(ZAZNACZ X przy właściwym wyborze):**

* Zdalny aparat EKG EHO-MINI o numerze seryjnym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oraz materiały eksploatacyjne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Zdalny glukometr z modułem transmisji o numerze seryjnym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oraz materiały eksploatacyjne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Holter EKG o numerze seryjnym G2101-04867
* Holter RR o numerze seryjnym 302101105

I **zobowiązuje się do zwrotu** kompletnego i sprawnego urządzenia (za wyjątkiem materiałów eksploatacyjnych) do dnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego Pacjenta*

**Potwierdzenie ZWROTU urządzenia przez Pacjenta – wypełnia pracownik Centrum Medycznego FAMILIA,   
po zakończeniu udziału Pacjenta w Projekcie (zaznacz x):**

* Potwierdzam zwrot ww. urządzenia przez Pacjenta w dniu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Zwracane urządzenie jest kompletne i sprawne – odbiór bez uwag.
* Uwagi dotyczące stanu zwracanego urządzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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