

Załącznik nr 3 - Formularz zgłoszeniowy zawierający klauzulę obowiązku informacyjnego dla użytkownika opaski bezpieczeństwa oraz klauzulę obowiązku informacyjnego dla opiekuna użytkownika opaski bezpieczeństwa

Wypełnia osoba upoważniona przez Realizatora Usług	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wnioski		NUMER IMEI OPASKI:
---	--	--	-----------------------------------	--	---------------------------

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY Świadczenie usługi teleopieki

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana opiekuna (jeśli został wskazany) jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do formularza.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne).

I CZĘŚĆ- DANE OSOBOWE NIEZBĘDNE

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ I NAZWISKO	
	PESEL (11 CYFR)	
	TELEFON KONTAKTOWY UŻYTKOWNIKA	
	E-MAIL UŻYTKOWNIKA (opcjonalnie)	
	ADRES STAŁEGO POBYTU UŻYTKOWNIKA	ULICA: NUMER DOMU/LOKALU: KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

II CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.
2. Oświadczam, iż wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.

3. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulami informacyjnymi stanowiącymi załącznik nr 1 i załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

III CZĘŚĆ – DANE OSOBOWE DOBROWOLNE

Na obecnym etapie 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.....
Standardowe ciśnienie skurczowe.....
Standardowe ciśnienie rozkurczowe.....

CHOROBY KANDYDATA

Poniżej proszę zaznaczyć np. zdiagnozowane, przebyte i aktualne choroby, stopień niepełnosprawności, informacje o wszczepionych urządzeniach medycznych lub wypisać inne informacje, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wady wrodzone serca | <input type="checkbox"/> Insulinooporność | <input type="checkbox"/> Stan po zawale mięśnia sercowego |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność serca | <input type="checkbox"/> Zakrzepica (choroba zakrzepowo-zatorowa) | <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność układu krążenia | <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków (arytmie) | <input type="checkbox"/> POChP |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Rozedma płuc |
| <input type="checkbox"/> Otyłość | <input type="checkbox"/> Marskość wątroby | <input type="checkbox"/> Palenie tytoniu TAK/NIE |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu I | <input type="checkbox"/> Depresja | <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu II | <input type="checkbox"/> Nerwica/choroby psychiatryczne | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca LADA | <input type="checkbox"/> Stan po udarze mózgu | <input type="checkbox"/> Choroba nowotworowa |
| <input type="checkbox"/> Hipoglikemia reaktywna | | <input type="checkbox"/> Choroba niedokrwienności serca |
| <input type="checkbox"/> Stan przedcukrzycowy | | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
|
<input type="checkbox"/> INNE: | | |

AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI

Poniżej proszę zaznaczyć leki przyjmowane zarówno na receptę, jak i bez recepty lub wypisać inne leki, które uzna Pani/Pan za istotne

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acard/Polocard | <input type="checkbox"/> Kalipoz | <input type="checkbox"/> Roswera |
| <input type="checkbox"/> Bisocard | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Bibloc |
| <input type="checkbox"/> Milurit | <input type="checkbox"/> Tritace/Polpril | <input type="checkbox"/> Metformax/Siofor |
| <input type="checkbox"/> Atoris | <input type="checkbox"/> Spironol | <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> Euthyrox | <input type="checkbox"/> Prestarium | <input type="checkbox"/> Diuver |
|
<input type="checkbox"/> INNE: | | |

INFORMACJE DODATKOWE

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

- Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- Mieszkam z osobami bliskimi, które nie są stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA W ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA DANYCH O STANIE ZDROWIA PRZEZ CENTRUM TELEOPIEKI SWOJEMU OPIEKUNOWI (DLA KAŻDEGO OPIEKUNA OSOBNO)

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – można podać dane jednej lub dwóch osób mających być Opiekunami Uczestnika.

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 1	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA 1	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA 1 (potrzebny do założenia aplikacji)	

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA 2	
NUMER TELEFONU OPIEKUNA 2	
ADRES E-MAIL OPIEKUNA 2 (potrzebny do założenia aplikacji)	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

V. CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WSPARCIA O WYRAŻENIU ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O NOWYCH PROGRAMACH

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HRP Care sp. z o. o. w celach związanych z oferowaniem mi wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie przez HRP Care sp. z o. o. informacji, o których mowa powyżej środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez HRP Care Sp. z o. o. w ww. celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis