

ANKIETA REJESTRACYJNA

Arkusz informacji poufnych

Klient indywidualny MDT Medical

Rodzaj abonamentu:

Klient w ramach programu Usług dla

MPOS Żuromin

Nowa Ankieta

Korekta Ankiety z dnia:

Data korekty Ankiety

I. ZAKRES USŁUG*

- Usługi Telekonsultacji Medycznych
 Usługi Monitorowania Telemedycznego
 Usługi Teleopieki

CZĘŚĆ WSPÓLNA DLA WSZYSTKICH USŁUG

II. DANE KLIENTA

SKŁADAJĄCY WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE DO PROGRAMU:

KLIENT

UPRAWNIONY PEŁNOMOCNIK (Wymagane pełnomocnictwo)

PAN/PANI

IMIĘ:

NAZWISKO:

NUMER PESEL/ NUMER PASZPORTU**:

ADRES ZAMIESZKANIA (ADRES ŚWIADCZENIA USŁUGI TELEOPIEKI):

ADRES KORESPONDENCYJNY:

Zaznacz, jeśli jest taki sam jak adres zamieszkania

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO (POLE WYMAGANE):

DODATKOWY NUMER TELEFONU KONTAKOWEGO:

III. STAN ZDROWIA KLIENTA

1. OGÓLNY STAN ZDROWIA*

Wzrok	<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Średni	<input type="checkbox"/> Zły
Słuch	<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Średni	<input type="checkbox"/> Zły
Mowa	<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Średni	<input type="checkbox"/> Zły
Zdolność poruszania się	<input type="checkbox"/> Dobry	<input type="checkbox"/> Średni	<input type="checkbox"/> Zły

2. AKTUALNY STAN ZDROWIA (zaznaczyc jeśli dotyczy)

proszę nie zaznaczać więcej niż 5 kratek

a. CHOROBY SERCOWO – NACZYNIOWE

- Angina pectoris, zapalenie tętnic wieńcowych
 Choroby tętnic obwodowych
 Nadciśnienie
 Niewydolność serca
 Zaburzenia rytmu serca

3. WYWIAD MEDYCZNY (zaznaczyc jeśli dotyczy)

proszę nie zaznaczać więcej niż 5 kratek

a. CHOROBY SERCOWO – NACZYNIOWE

- Zawał mięśnia sercowego
 Udar mózgu z następstwami zaburzenia mowy
 Udar mózgu z następstwami zaburzenia ruchu
 Udar mózgu bez następstw
 Astma
 Epilepsja

b. CHOROBY NEUROLOGICZNE

- demencja typu Alzheimer
- Inny typ demencji
- Epilepsja leczona obecnie
- Choroba Parkinsona

c. CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE

- Zaburzenia równowagi

d. CHOROBY PŁUC

- Astma
- Przewlekłe zapalenie oskrzeli
- Niewydolność oddechowa

e. CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

- Cukrzyca typu 1
- Cukrzyca typu 2
- Niedoczynność tarczycy
- Niewydolność tarczycy

f. CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

- Przewlekłe zapalenie jelita grubego
- Marskość wątroby
- Kamica żółciowa
- Obecnie leczony wrzód żołądka

g. NOWOTWÓR OBECNIE LE CZONY

- Nowotwór układu pokarmowego
- Nowotwór narządów rodnych
- Nowotwór kości
- Nowotwór prostaty
- Nowotwór płuc
- Nowotwór piersi

h. CHOROBY KRWI

- Obecnie leczona anemia

i. CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

- Niewydolność nerek

j. CHOROBY ZAKAŹNE

- wirusowe zapalenie wątroby - w trakcie leczenia
- AIDS

b. PRZEBYTE OPERACJE

- Założenie stentu
- Usunięcie nerki
- Amputacja kończyny
- Przeszczep organu
- Operacja woreczka żółciowego

c. PRZEBYTE URAZY

- Uraz czaszki
- Złamanie szyjki kości udowej
- Złamanie kręgosłupa

d. ALERGIE

- Alergia na leki (proszę sprecyzować)

- Alergia oddechowa (proszę sprecyzować)

- Alergia skórna (proszę sprecyzować)

e. APARATURA

- Proteza dłoni
- Proteza stopy
- Proteza biodra
- Aparat słuchowy
- Proteza przedramienna
- Proteza nogi
- Proteza kolana
- Kule
- Balkonik
- Laska
- Tlen

f. SAMODZIELNOŚĆ (Ogólny stan w domu)

- Radzę sobie sam/sama
- Korzystam ze sporadycznej pomocy
- Korzystam ze stałej pomocy

Dane lekarza prowadzącego, który będzie informowany o interwencjach pogotowia oraz skierowaniach do szpitala:



IV. OŚWIADCZENIA (wypełnić w przypadku korzystania z dowolnej z Usług)

Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 art. 25, o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926 z późn.zm) upoważniam MDT Medical Sp. z o.o, do przetwarzania danych osobowych niezbędnych do prawidłowego wykonywania Usług. Centrum Telemedyczne MDT Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Białymstoku (15-540), ul. Żurawia 71, gwarantuje prawo dostępu do danych oraz prawo ich poprawiania.

Zapoznałem się z treścią Regulaminów Usług i akceptuję ten regulamin oraz wyrażam zgodę na kontakt Centrum Telemedycznego MDT Medical Sp. z o.o. we wszystkich kwestiach związanych ze świadczeniem zakontraktowanych usług.

Wyrażam zgodę na nagrywanie połączeń przychodzących i wychodzących z Centrum Telemedycznego oraz upoważniam Centrum Telemedyczne do przechowywania tych nagrań przez okres 5 lat, jak również ich wykorzystania w przypadkach przewidzianych prawem. Po upływie 5 lat od momentu dokonania nagrania Centrum Telemedyczne zniszczy wszelkie nagrania, chyba, że uzasadniona przyczyna ich wykorzystania powstała przed upływem tego okresu. W takim przypadku Centrum Telemedyczne zastrzega sobie prawo do przechowywania nagrań przez okres dłuższy niż 5 lat do czasu ustania przyczyny ich przechowywania.

Data, Podpis Klienta (wymagany w celu aktywacji Usług)

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych udostępnionych MDT Medical Sp. z o.o., w niniejszym formularzu w celu otrzymywania materiałów marketingowych/handlowych MDT Medical Sp. z o.o. lub innych współpracujących z tą spółką podmiotów w zakresie nowych rozwiązań systemów telemedycznych lub telepieki mogących mieć zastosowanie w moim przypadku oraz w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18.07.2002 wyrażam zgodę na otrzymywanie od MDT Medical Sp. z o.o. drogą elektroniczną na udostępniony w formularzu adres mailowy/telefon, informacji handlowych/marketingowych dotyczących działalności tego podmiotu nie częściej niż raz w miesiącu.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie Newslettera Centrum Telemedycznego MDT Medical Sp. z o.o. na wskazany w formularzu adres mailowy.

Data, Podpis Klienta

CZĘŚĆ DOTYCZĄCA USŁUG MONITOROWANIA TELEMEDYCZNEGO

V. USŁUGI MONITOROWANIA TELEMEDYCZNEGO (Wypełnić w przypadku korzystania z tej usługi)

1. Endokrynologia

Cukrzyca

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA: _____
POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY (rodzaje, numery seryjne): _____
ZAKRES MONITOROWANIA: _____
UWAGI: _____

2. Choroby układu oddechowego*:

Astma

Nawracające zapalenie oskrzeli

POChP

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA: _____
POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY (rodzaje, numery seryjne): _____
ZAKRES MONITOROWANIA: _____
UWAGI: _____

3. Ginekologia i Położnictwo:

Monitorowanie ciąży

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA: _____
POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY (rodzaje, numery seryjne): _____
ZAKRES MONITOROWANIA: _____
UWAGI: _____



4. Kardiologia*:

Monitorowanie chorób serca:

Arytmia

Choroba wieńcowa

Niewydolność krążenia

Nadciśnienie tętnicze

Program monitorowania pozawałowego

Telerehabilitacja kardiologiczna

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA:

POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY
(rodzaje, numery seryjne):

ZAKRES MONITOROWANIA:

UWAGI:

5. Nefrologia:

Niewydolność nerek

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA:

POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY
(rodzaje, numery seryjne):

ZAKRES MONITOROWANIA:

UWAGI:

6. Neurologia*:

Demencja

Epilepsja

Telerehabilitacja neurologiczna

Udar

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA:

POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY
(rodzaje, numery seryjne):

ZAKRES MONITOROWANIA:

UWAGI:

7. Ortopedia:

Telerehabilitacja ruchowa

ZAREJESTROWANA NAZWA KLIENTA:

POSIADANY ZESTAW MONITORUJĄCY
(rodzaje, numery seryjne):

ZAKRES MONITOROWANIA:

UWAGI:

CZĘŚĆ DOTYCZĄCA USŁUG TELEOPIEKI

VI. USŁUGI TELEOPIEKI (Wypełnić w przypadku korzystania z tej usługi)

DATA INSTALACJI:

ZAINSTALOWANE URZĄDZENIE:

a. model

b. numer seryjny

Należy wypełnić drukowanymi literami:

KOD DO DRZWI WEJŚCIOWYCH:

BUDYNEK:

PIĘTRO:

Zlecam MDT Medical przechowywanie kodu do minisejfu na klucze

1. SYTUACJA RODZINNA:

Mieszkam w miejscu zamieszkania*:

- Sam/ Sama
- Z osobą towarzyszącą
- W inny sposób, tj.:

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA:

POMOC DOMOWA

	Nazwa i dane usługi	Numer telefonu osoby wykonującej usługę	Częstotliwość wizyt osoby wykonującej usługę	Osoba realizująca usługę posiada klucze do mieszkania Klienta
Opieka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dostarczanie posiłków	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Usługi porządkowe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

PROSZĘ PODAĆ ZALECENIA, UWAGI I SZCZEGÓLNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI, KTÓRE NALEŻY UWZGLĘDNIĆ (jak np. zwierzęta w domu):



3. WSKAZANE OSOBY DO KONTAKTU

Należy wskazywać od najważniejszej i najbardziej dostępnej osoby

Każda poniżej wymieniona osoba musi posiadać klucze do mieszkania Klienta lub mieć możliwość ich otrzymania

OSOBA 1

PAN/PANI

IMIĘ:

NAZWISKO:

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

KLUCZE

OBOWIĄZKOWE:

TAK NIE

TEL. DOMOWY:

TEL. DO PRACY:

TEL. KOMÓRKOWY:

E-MAIL:

DOSTĘPNE GODZINY KONTAKTU ZE WSKAZANĄ OSOBĄ:

W tygodniu:

W dzień i w nocy

W dzień

W nocy

W weekend:

W dzień i w nocy

W dzień

W nocy

Dokładne powiązanie z Klientem, ile czasu potrzebuje wskazana osoba na dotarcie do Klienta:

minut

OSOBA 2

PAN/PANI

IMIĘ:

NAZWISKO:

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

KLUCZE

OBOWIĄZKOWE:

 TAK NIE

TEL. DOMOWY:

TEL. DO PRACY:

TEL. KOMÓRKOWY:

E-MAIL:

DOSTĘPNE GODZINY KONTAKTU ZE WSKAZANĄ OSOBĄ:

W tygodniu:

 W dzień i w nocy W dzień W nocy

W weekend:

 W dzień i w nocy W dzień W nocy

Dokładne powiązanie z Klientem, ile czasu potrzebuje wskazana osoba na dotarcie do Klienta:

minut

OSOBA 3

PAN/PANI

IMIĘ:

NAZWISKO:

ULICA:

NR DOMU:

NR MIESZKANIA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

KLUCZE

OBOWIĄZKOWE:

 TAK NIE

TEL. DOMOWY:

TEL. DO PRACY:

TEL. KOMÓRKOWY:

E-MAIL:

DOSTĘPNE GODZINY KONTAKTU ZE WSKAZANĄ OSOBĄ:

W tygodniu:

 W dzień i w nocy W dzień W nocy

W weekend:

 W dzień i w nocy W dzień W nocy

Dokładne powiązanie z Klientem, ile czasu potrzebuje wskazana osoba na dotarcie do Klienta:

minut

Oświadczam, że wyrażam zgodę na siłowe wejście do lokalu w sytuacji, kiedy nie będę w stanie sam otworzyć drzwi służbom ratowniczym, ani też nikt z listy osób do kontaktu nie dokona otwarcia drzwi w momencie pojawienia się służb ratowniczych. Oświadczam, że nie będę miał roszczeń w stosunku do Centrum Telemedycznego oraz służb ratowniczych z tytułu szkód powstałych na skutek ich siłowego wejścia do lokalu.

Data, Podpis Klienta

* należy zaznaczyć pole, które dotyczy

** dotyczy obcokrajowców



