



Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania i użytkowania
walizek do monitorowania stanu zdrowia (na odległość)
wraz z zapewnieniem całodobowego monitoringu przez Centrum Teleopieki
dla osób korzystających ze wsparcia
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
w ramach zadania dofinansowanego ze środków
Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy pod nazwą
„ReGeneracja Kędzierzyna-Koźla. Społeczne, środowiskowe i kulturowe inicjatywy
na rzecz rozwoju Młodego Miasta”

Data wpływu wniosku:

Numer wniosku:

Podpis osoby przyjmującej wniosek:

**Wniosek o przyznanie wsparcia w postaci walizki
do monitorowania stanu zdrowia (na odległość) wraz z zapewnieniem
całodobowego monitoringu przez Centrum Teleopieki realizowanego w ramach
Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy pn. „ReGeneracja Kędzierzyna-Koźla. Społeczne,
środowiskowe i kulturowe inicjatywy na rzecz rozwoju Młodego Miasta”**

I DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. PESEL:

4. Adres zamieszkania:

.....

5. Telefon kontaktowy:

6. Czy Wnioskodawca aktualnie korzysta ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kędzierzynie-Koźlu? (dotyczy to również udziału w zajęciach, projektach lub innych formach
aktywności, niewymagających wydania decyzji administracyjnej)?

[] TAK

[] NIE

II DANE OSOBY WSKAZANEJ DO KONTAKTU

(Osoba pełnoletnia, posiadająca dostęp do kluczy, odpowiedzialna za zwrot sprzętu)

1. Imię i nazwisko:

2. Stopień pokrewieństwa / relacja:



3. Adres zamieszkania:

.....

4. Telefon kontaktowy:.....

III UZASADNIENIE WNIOSKU (sytuacja zdrowotna i życiowa)

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi znakiem X przy każdym pytaniu. Odpowiedzi posłużą Komisji do oceny zasadności przyznania walizki do monitorowania stanu zdrowia (na odległość).

Lp.		TAK	NIE
Ocena stanu zdrowia podopiecznego			
1.	Czy Pan / Pani choruje na choroby układu krążenia?		
2.	Czy Pan / Pani choruje na choroby układu oddechowego?		
3.	Czy Pan / Pani choruje na cukrzycę typu 1 lub typu 2?		
4.	Czy Pan / Pani choruje na choroby o podłożu endokrynologicznym lub metabolicznym (tj. insulinooporność, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, inne)		
5.	Czy Pan / Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy był / a hospitalizowany / a?		
6.	Czy Pan / Pani ma trudności z dotarciem do lekarza?		
7.	Czy Pana / Pani stan zdrowia wymaga regularnych pomiarów parametrów życiowych?		
8.	Czy posiada Pan / Pani urządzenia monitorujące stan zdrowia dostosowane do Pana /Pani schorzeń?		
Ocena sytuacji życiowej oraz stopnia samodzielności w codziennej diagnostyce			
1.	Czy prowadzi Pan / Pani gospodarstwo domowe samotnie (mieszka Pan/Pani sam / sama)?		
2.	Czy rodzina lub bliscy mają trudności z zapewnieniem Panu/Pani wsparcia w postaci monitorowania podstawowych parametrów życiowych, a także w podjęciu odpowiednich działań w przypadku		



	wystąpienia nieprawidłowych wyników tych pomiarów?		
3.	Czy Pana / Pani wyniki pomiarów są ustabilizowane? (w przypadku cukrzycy czy poziomy cukru są stabilne, czy występuje chwiejność wyników).		
4.	Czy w przeszłości doszło u Pana/Pani do pogorszenia stanu zdrowia wskutek braku regularnej kontroli parametrów życiowych przez personel medyczny (np. lekarza lub pielęgniarkę)?		
Ocena efektywności wsparcia			
1.	Czy uważa Pan/Pani, że wdrożenie teleopieki w postaci walizki do monitorowania stanu zdrowia (na odległość) pozwoli Panu/Pani lepiej kontrolować chorobę oraz ograniczy ryzyko hospitalizacji bądź umieszczenia w ośrodku całodobowej opieki?		
2.	Czy po przyznaniu prawa do użytkowania walizki do monitorowania stanu zdrowia (na odległość) wyraża Pan / Pani chęć dokonywania regularnych pomiarów?		

Dodatkowe uzasadnienie (w przypadku, gdy istnieją przesłanki do użyczenia walizki do monitorowania stanu zdrowia, a nie zostały ujęte w powyższych pytaniach):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis Wnioskodawcy