

# KARTA MEDYCZNA UCZESTNIKA WTZ

## I DANE IDENTYFIKACYJNE

UCZESTNIK

Imię .....

Imię .....

Nazwisko .....

Nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

Telefon .....

Adres .....

OPIEKUN

## II DANE O ZDROWIU

1) Rozpoznanie medyczne:

schorzenie podstawowe: .....

schorzenia współistniejące: .....

.....

2) Leki przyjmowane na stałe:

Nazwa leku	Dawka	Ile razy w ciągu doby

3) Leki do podawania podczas pobytu w WTZ

Nazwa leku	Dawka	Ile razy w ciągu doby


4) Uczulenia na leki i inne uczulenia / alergie:

.....

5) Stosowany sprzęt ortopedyczny i inne środki pomocnicze (okulary, protezy zębowe, itp.):

.....

6) Dieta: .....

.....

.....

**III OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA WTZ / RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO UCZESTNIKA WTZ:**

1.  W przypadku zaistnienia uzasadnionej sytuacji **wyrażam zgodę** na podanie podczas pobytu w WTZ leków:  przeciwbólowych  przeciwgorączkowych  na uspokojenie  innych: .....

2. Jestem świadomy/a ciężącej na mnie odpowiedzialności w przypadku wystąpienia zaburzeń w organizmie uczestnika WTZ w następstwie podania mu leków skazanych w niniejszym oświadczeniu.

3. Zobowiązuje się do bieżącego informowania WTZ o zmianie leków do podawania i dawkach wskazanych przez lekarza.

4. W przypadku sytuacji awaryjnej (niemożność kontaktu z ww. opiekunem) proszę o kontakt z: (*imię, nazwisko, nr tel., adres*)

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5. Zostałem/am poinformowany/a, że:

- podane w karcie dane osobowe będą przetwarzane przez PSONI do celów związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa w trakcie terapii zawodowej i społecznej uczestnika WTZ;
- w sprawach związanych z przetwarzaniem przez PSONI danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem ochrony danych [iod.swinoujście@psoni.org.pl](mailto:iod.swinoujście@psoni.org.pl)

Świnoujście, dnia .....

.....  
*podpis uczestnika lub opiekuna prawnego*