***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa pacjentów w projekcie***

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpłynięcia formularza |  |
| Numer ewidencyjny |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji, model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii

**I. DANE PACJENTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię / imiona** |  |
| 2. | **Nazwisko** |  |
| 3. | **Płeć** |  |
| 4. | **Adres zamieszkania lub pobytu** | |
| 4.1. | **Województwo** |  |
| 4.2. | **Powiat** |  |
| 4.3. | **Gmina** |  |
| 4.4. | **Kod pocztowy / Poczta** |  |
| 4.5. | **Ulica nr domu / nr mieszkania** |  |
| 5. | **PESEL** |  |
| 6. | Adres e-mail |  |
| 7. | Nr telefonu |  |

**II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (dotyczy tylko. osób poniżej 18 r.ż.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię / imiona** |  |
| 2. | **Nazwisko** |  |
| 3. | **Płeć** |  |
| 4. | **Adres zamieszkania lub pobytu** | |
| 4.1. | **Województwo** |  |
| 4.2. | **Powiat** |  |
| 4.3. | **Gmina** |  |
| 4.4. | **Kod pocztowy / Poczta** |  |
| 4.5. | **Ulica nr domu / nr mieszkania** |  |
| 5. | **PESEL** |  |
| 6. | Adres e-mail |  |
| 7. | Nr telefonu |  |

**III. KWESTIONARIUSZ ZDROWIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?**  *(Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem “X”* | **Wcale nie doku­czały** | **Kilka dni** | **Więcej niż połowę dni** | **Niemal codzien -nie** |
| **1.** Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **2.** Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **3.** Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **4.** Uczucie zmęczenia lub brak energii | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **5.** Brak apetytu lub przejadanie się | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **6.** Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **7.** Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **8.** Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **9.** Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING *0* + + +

**=Total Score:**

Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

|  |  |
| --- | --- |
| **W ogóle nie Trochę Bardzo**  **utrudniły utrudniły utrudniły**  ◻ ◻ ◻ | **Niezmiernie**  **utrudniły**  ◻ |

**IV. WARUNKI TECHNICZNE**

Oświadczam, że:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Posiadam umiejętność obsługi smartfona, tabletu lub komputera | **TAK** | **NIE** |
| 2. | Posiadam dostęp do szerokopasmowego Internetu | **TAK** | **NIE** |
| 3. | Posiadam smartfon, tablet lub komputer wraz z kamerką i mikrofonem | **TAK** | **NIE** |

**V. OŚWIADCZENIA I OBLIGATORYJNE ZGODY PACJENTA DO ZAKWALFIKOWANIA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam   
   z pełni praw publicznych.

....................................................................................................................................................

Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii”, i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych oraz, że spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w Projekcie.

....................................................................................................................................................

Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

1. Oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące ww. Projektu oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym projekcie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w projekcie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem   
   i datą.

....................................................................................................................................................

Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

1. Oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące ochrony danych osobowych   
   i związanych z nimi informacjami o moim zdrowiu w związku z uczestnictwem   
   w Projekcie.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i związanych z nimi danych o moim zdrowiu przetwarzanych w ramach Projektu. Jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać tą zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

....................................................................................................................................................

Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

1. Ja niżej podpisany/a: na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994r (Dz. U. z 2018, poz. 1191 ze zm.) o prawie autorskim i prawach pokrewnych oświadczam, że wyrażam zgodę na utrwalanie i przetwarzanie mojego wizerunku i głosu w związku   
   z prowadzonymi wideokonsultacjami w ramach Projektu.

Jednocześnie oświadczam, że ww. materiały z moim udziałem nie naruszają moich dóbr osobistych.

....................................................................................................................................................

Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia pacjent lub opiekun prawny

**Pouczenie:** Podpisanie wyżej wymienionych oświadczeń jest obowiązkowe. Pacjent musi spełnić wszystkie warunki wskazane w oświadczeniach. Niespełnienie chociażby jednego wyklucza go   
z możliwości udziału w projekcie. Stwierdzenie poświadczenia nieprawdy jest przesłanką do wykluczenia uczestnika z udziału w projekcie na każdym jego etapie.

**VI. DECYZJA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pacjent spełnia kryteria uczestnictwa w Projekcie | **TAK** | **NIE** |
| Pacjent jest zakwalifikowany do Projektu | **TAK** | **NIE** |
| Uzasadnienie niezakwalifikowania (jeśli dotyczy): | | |
| **Data, pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego Pacjenta** | | |