

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
WARSZTATY ZWIĄZEK POLSKICH SPADOCHRONIARZY - ODDZIAŁ W ŁÓDZI

WYPEŁNIA UCZESTNIK:

Imię Nazwisko

data urodzenia: w

adres zamieszkania:

numer telefonu: numery alarmowe.....

 Członek Zwyczajny ZPS
 Członek Wspierający ZPS
 Uczestnik Programu Kandydeckiego
 Sympatyk ZPS

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma/y/ swojego stanu zdrowia i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych. Akceptuję Regulamin Warsztatów z dnia 10 grudnia 2023 r., zgłaszam się dobrowolnie do udziału w Warsztatach:

.....
Nazwa Warsztatów, miejscowość i data rozpoczęcia

WYPEŁNIA OPIEKUN:

Jako opiekun prawny jestem w pełni świadoma/y/ stanu zdrowia niepełnoletniego i oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych. Akceptuję Regulamin Warsztatów z dnia 10 grudnia 2023r., i świadomie wyrażam zgodę na udział nieletniego w Warsztatach

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu opiekuna

.....
Podpis opiekuna prawnego

.....
Numer telefonu opiekuna

WYPEŁNIA KOORDYNATOR NA PUNKCIE KONTROLI:
 Posiada wymagane wyposażenie
 Posiada wymaganą wiedzę
 Pozytywna ocena medyczna
DOPUSZCZAM / NIE DOPUSZCZAM Uczestnika do udziału w Warsztatach**Uzasadnienie:** Rada koordynatorów postanawia:.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika

.....
Podpis / pieczętka Rady Koordynatorów

WYPEŁNIA UCZESTNIK:**OŚWIADCZENIE PO ZAKOŃCZENIU SPOTKANIA**

W dniu dzisiejszym dobrowolnie zakończyłem mój udział w Warsztatach Oświadczam, że podczas Warsztatów nie doznałem żadnego urazu, ani uszczerbku na zdrowiu o którym nie informowałem Rady Koordynatorów pisemnym oświadczeniem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kolegi

ANKIETA MEDYCZNA**WYPEŁNIA UCZESTNIK / OPIEKUN:**

Imię i nazwisko pacjenta

Numer telefonu

Imię Nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego
(dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia)

Numer telefonu opiekuna

WYWIAD OGÓLNY**Czy masz wątpliwości co do swojego stanu zdrowia?**
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Uczulenia (na leki, pokarm, środki chemiczne, inne)?
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Obecnie przyjmowane leki (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy diety, zioła, aspiryna, leki p/bólowe, leki na zaparcie, środki na odchudzanie itp.):
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Kontuzje, schorzenia, choroby, (przebyte i obecne):
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Operacje w ciągu ostatniego roku:
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Pobyt w szpitalu w ciągu ostatniego roku:
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Kuracje odchudzające, odstawienie używek, alkoholu w ciągu ostatniego roku:
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

Opisz:

Przebyte COVID - 19:
 TAK
 NIE
 NIE WIEM

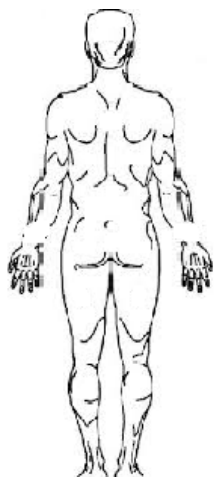
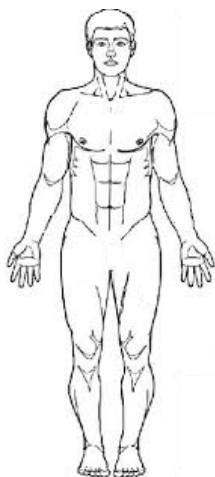
Opisz:

Imię i nazwisko pacjenta	Numer telefonu

JEDNOSTKI CHOROBOWE

Schorzenie	Od kiedy?	Schorzenie	Od kiedy?
<input type="checkbox"/> Choroby autoimmunologiczne		<input type="checkbox"/> Małopłytkowość, anemia	
<input type="checkbox"/> Choroby krwi (skłonności do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)		<input type="checkbox"/> Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenie płuc)	
<input type="checkbox"/> Choroby wątroby (stłuszczenie, marskość, naczyniaki)		<input type="checkbox"/> Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)	
<input type="checkbox"/> Bóle zębów / dziąseł		<input type="checkbox"/> Zaburzenia snu	
<input type="checkbox"/> Kontakt z HIV/ AIDS/ HCV/ HBV / podróz w ciągu ostatnich 6 miesięcy do krajów Afryki, Azji, Ameryki Południowej?		<input type="checkbox"/> Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie nieswoiste, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)	
Wirusowe zapalenie wątroby <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)	
<input type="checkbox"/> Cukrzyca, typ		<input type="checkbox"/> Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)	
<input type="checkbox"/> Choroby reumatyczne (RZS, toczeń rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)		<input type="checkbox"/> Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni)	
<input type="checkbox"/> Schorzenia psychiczne (depresja/ psychoza poporodowa, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenie, zaburzenia nerwicowe)			

ZAZNACZ I OPISZ KONTUZJE (miejsce, rodzaj, data)



ZGODA NA WYKONYWANIE RATOWNICZYCH CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH

WYPEŁNIA UCZESTNIK / OPIEKUN:

Imię Nazwisko

data urodzenia: W

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo i w zrozumiałym sposobie poinformowany/a o celowości i istocie zabiegu/badania, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących następstwem zabiegu/badania.
- Uzyskałem/am i zrozumiałam/em informacje dotyczące zabiegu/badania, znieczuleniu oraz przygotowania do zabiegu/badania i stwierdzam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem zabiegu/badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w zabiegu/badania i zgadzam się na proponowane leczenie.
- Decyzję o wyborze premedykacji – znieczuleniu, pozostawiam operatorom lub wykonującym badanie.
- Zostałem/am również zapoznany/a z ewentualnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w poszczególnych sposobach i metodach znieczuleniu – premedykacji.
- Upoważniam Ordynatora/ Kierownika Oddziału/ Kliniki / Zespół Ratunkowy do ustalenia składu zespołu zabiegowego, a operatora do wyboru sposobu zabiegu, który uzna za najlepszy.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie/dziecka do właściwego oddziału stacjonarnego, zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój/ mojego dziecka* stan zdrowia.
- Zgadzam się na wykonanie podczas zabiegu/ badania dokumentacji fotograficznej/ video pola operacyjnego przez aparaturę medyczną lub dedykowane do tego celu urządzenia w celach dydaktycznych i naukowych z zastrzeżeniem, że na podstawie tej dokumentacji osoby postronne nie będą mogły ustalić mojej tożsamości.
- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób i operacji.
- Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury.

oraz:

- WYRAŻAM świadomą zgodę na wykonywanie badań przedmiotowych / czynności ratunkowych / świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych o o podwyższonym ryzyku;
- WYRAŻAM świadomą zgodę na wykonywanie badań przedmiotowych / czynności ratunkowych / świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych nie rodzącego podwyższonego ryzyka;
- NIE WYRAŻAM ZGODY na na wykonywanie badań przedmiotowych / czynności ratunkowych / świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych, pomimo poinformowania mnie o możliwych skutkach niepodjęcia leczenia w chwili obecnej oraz o skutkach zwłoki w jego podjęciu.

.....
miejscość, data.....
podpis pacjenta**/ przedstawiciela ustawowego**/ opiekuna faktycznego**

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lata nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY:

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/ przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu/ badania.

.....
miejscość, data.....
podpis i pieczęć osoby badającej / operującej

ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
Imię Nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego <i>(dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia)</i>	Numer telefonu opiekuna

Adres zamieszkania

ZGODA NA LECZENIE SZPITALNE

Wyrażam zgodę na leczenie i pobyt w Szpitalu. Nie wyrażam zgody na leczenie i pobyt w Szpitalu.

Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych negatywnych konsekwencjach odmowy leczenia i pobytu w Szpitalu dla mojego zdrowia i życia/ dla zdrowia i życia mojego dziecka **

*miejsowość, data**podpis pacjenta**/ przedstawiciela ustawowego**/ opiekuna faktycznego***

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lata nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

UPOWAŻNIAM NIE UPOWAŻNIAM

Członków Stowarzyszenia *Związek Polskich Spadochroniarzy w Łodzi* KRS: 0000219168 do uzyskania dostępu do mojej /mojego dziecka* dokumentacji medycznej.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

UPOWAŻNIAM OSOBY: NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO.

1. Panią/Pana *

zamieszkałą/ego w nr. tel.

2. Panią/Pana *

zamieszkałą/ego w nr. tel.

do uzyskania dostępu do mojej /mojego dziecka * dokumentacji medycznej.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

NIE SPRZECIWIAM SIĘ SPRZECIWIAM SIĘ

udostępnieniu osobie bliskiej mojej / mojego dziecka* dokumentacji medycznej po mojej / mojego dziecka* śmierci.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

Osoba bliska - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoby pozostające we wspólnym pożyciu lub osoby wskazana przez pacjenta.

*miejsowość, data**podpis pacjenta**/ przedstawiciela ustawowego**/ opiekuna faktycznego***

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lata nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

UPOWAŻNIAM NIE UPOWAŻNIAM

Członków Stowarzyszenia *Związek Polskich Spadochroniarzy w Łodzi* KRS: 0000219168 do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

UPOWAŻNIAM OSOBY: NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO.

1. Panią/Pana *

zamieszkałą/ego w nr. tel.

2. Panią/Pana *

zamieszkałą/ego w nr. tel.

do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

NIE SPRZECIWIAM SIĘ SPRZECIWIAM SIĘ

ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim/mojego dziecka stanie zdrowia po mojej/mojego dziecka* śmierci.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

Osoba bliska - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoby pozostające we wspólnym pożyciu lub osoby wskazana przez pacjenta.

*miejsowość, data**podpis pacjenta**/ przedstawiciela ustawowego**/ opiekuna faktycznego***

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lata nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;

ZWIĘKSZONE RYZYKO EPIDEMIOLOGICZNE (COVID-19)

W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z koronawirusem (SARS-CoV-2), przekazuje się najważniejsze dla Pacjentów informacje:

Koronawirus SARS-CoV-2 to wirus należący do rodziny koronawirusów (coronaviridae). Jest to wirus RNA osłonięty błoną tłuszczową (lipidową). Dzięki takiej budowie można mu zapobiegać przez zastosowanie środków chemicznych, takich jak zwykłe mydło, alkohol min. 60-70%, preparaty do dezynfekcji i inne wirusobójcze.

Koronawirus SARS-Cov-2 wywołuje chorobę o nazwie COVID- 19. Okres wylegania COVID-19 wynosi od 2 do 14 dni, przeciętnie 3-5 dni. Zakażenie następuje drogą kropelkową oraz przez kontakt bezpośredni z wydzielinami pacjenta, a także kontakt pośredni ze sprzętami i powierzchniami zakażonymi wirusem. Najczęściej występujące objawy choroby to gorączka, kaszel, duszność, problemy z oddychaniem. Chorobie mogą towarzyszyć bóle mięśni i zmęczenie.

W 80% przypadków choroba przebiega bezobjawowo. Ciężki przebieg choroby obserwuje się u ok. 15-20% osób. Na terenie Szpitala obowiązują zalecenia Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo wprowadziliśmy procedury maksymalnie zwiększające bezpieczeństwo epidemiologiczne podczas hospitalizacji, w tym zabiegów operacyjnych, konsultacji lekarskich czy badań diagnostycznych. Powyższe procedury to m.in.:

- wszystkie osoby wchodzące do szpitala poddane są kontroli temperatury ciała, ponadto proszone są o dezynfekcję rąk, a także muszą nosić maseczkę zakrywającą usta i nos,
- przed udzieleniem świadczeń zdrowotnych każdy Pacjent proszony jest o wypełnienie Karty wywiadu epidemiologicznego dotyczącego wirusa SARS-CoV-2, pozwalającego przeprowadzić nam wstępną kwalifikację pacjenta i podjęcie decyzji, co do dalszego postępowania,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej przez personel,
- pacjenci przyjmowani do zabiegów planowych poddawani są badaniem w kierunku SARS-CoV-2. UWAGA! Czulość badania na poziomie 80% oraz „okienko inkubacyjne” nie pozwalają jednak na wykluczenie przyjęcia do szpitala osoby zakażonej bezobjawowo, stąd nie można wykluczyć całkowicie ryzyka zakażenia w czasie hospitalizacji.

UWAGA! Czulość badania na poziomie 80% oraz „okienko inkubacyjne” nie pozwalają jednak na wykluczenie przyjęcia do szpitala osoby zakażonej bezobjawowo, stąd nie można wykluczyć całkowicie ryzyka zakażenia w czasie pobytu pacjenta i hospitalizacji.

Ja niżej podpisany/-a, po zapoznaniu z powyższą informacją wyrażam świadomą zgodę na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej mnie/ mojemu dziecku*, w czasie zwiększonego ryzyka epidemiologicznego.

* niepotrzebne skreślić linia pozioma

*miejsowość, data**podpis pacjenta**/ przedstawiciela ustawowego**/ opiekuna faktycznego***

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lata nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię ojca)

.....
(PESEL)

**ZARZĄD
ZWIĄZEK POLSKICH SPADOCHRONIARZY
ODDZIAŁ W ŁODZI**

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym seria, numer wydanym przez

.....
dla celów udziału w warsztatach Związku Polskich Spadochroniarzy oddział w Łodzi oświadczam, iż korzystam z pełni praw publicznych, nie zostałem/am skazany/a za przestępstwo karne lub karno-skarbowe oraz nie toczą się wobec mnie postępowania z urzędu za przestępstwa (w tym przestępstwa skarbowe), o których mi wiadomo.

.....
(czytelny podpis)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

**ZARZĄD
ZWIĄZEK POLSKICH SPADOCHRONIARZY
ODDZIAŁ W ŁODZI**

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/ oświadczam, iż nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych o wzmożonej intensywności i jestem świadomy swojego stanu zdrowia.

Oświadczam również, że nie jestem pod wpływem alkoholu, środków odurzających oraz substancji zabronionych na i poza zawodami we wszystkich dyscyplinach sportu.

Ponadto oświadczam, że zdaję sobie sprawę z ryzyka, które wiąże się z udziałem w warsztatach i decyduję się na udział w nich na własną odpowiedzialność.

.....
(czytelny podpis)