



KARTA INFORMACYJNA PODOPIECZNEGO

Imię i Nazwisko Podopiecznego: _____

Data urodzenia: ____ - ____ - ____

Numer telefonu wykorzystywanego do realizacji usługi SZTOS Opieka: _____

Osoby do kontaktu:

Nazwisko imię	Pokrewieństwo (także sąsiad)	Telefony (dom, praca, komórka)	Inne: dostępność, czas dojazdu, e-mail etc.

Stan zdrowia:

- słabo słyszy: TAK NIE
- kłopoty ze wzrokiem: TAK NIE
- zdarzają się upadki i omdlenia: TAK NIE
- osteoporoza: TAK NIE
- stwardnienie rozsiane: TAK NIE
- niedowład: TAK NIE , jeśli TAK to czego:
- kłopoty z oddychaniem, astma: TAK NIE
- stan po udarowy: TAK NIE
- choroby układu krążenia: TAK NIE , jeśli TAK to jakie:
- zaburzenia rytmu serca: TAK NIE
- rozrusznik: TAK NIE
- stan pozawałowy: TAK NIE
- nadciśnienie: TAK NIE
- cukrzyca: TAK NIE
- kłopoty z pamięcią: TAK NIE
- choroba Parkinsona: TAK NIE
- choroba Alzheimera: TAK NIE
- epilepsja: TAK NIE
- nowotwór: TAK NIE , jeśli TAK to jaki:
- nadwaga: TAK NIE
- otyłość: TAK NIE
- Inne choroby: TAK NIE

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

Data i czytelny podpis Usługobiorcy (imię i nazwisko)