

**WZÓR KARTY INFORMACYJNEJ SENIORA
PROGRAM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2023
MODUŁ II**

Data założenia:.....

Karta informacyjna Seniora

Imię i nazwisko Seniora: tel. Seniora: e-mail Seniora: Imię i nazwisko Opiekuna: Stopień pokrewieństwa: tel. Opiekuna: e-mail Opiekuna:	PESEL: Data urodzenia: Płeć:..... Wzrost:.....	Adres zamieszkania: 26-110 Skarżysko- Kamienna ul..... gmina: Skarżysko-Kamienna powiat: skarżyski województwo: świętokrzyskie
Podstawowe informacje na temat stanu zdrowia Seniora (rodzaj schorzeń, przyjmowane leki)..... Ciśnienie skurczowe/ rozkurczowe:.....		
Przychodnia rodzinna/specjalistyczna (nazwa przychodni, imię i nazwisko lekarza rodzinnego/pielęgniarki POZ).....		