

KARTA INFORMACYJNA SENIORA
PROGRAM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024
MODUŁ II

Imię i nazwisko Seniora: tel. Seniora: e-mail Seniora:	PESEL: Data urodzenia: Płeć:..... Wzrost:.....	Adres zamieszkania: 26-110 Skarżysko- Kamienna ul..... gmina: Skarżysko-Kamienna powiat: skarżyski województwo: świętokrzyskie
Imię i nazwisko Opiekuna: Stopień pokrewieństwa: tel. Opiekuna: e-mail Opiekuna:		

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).....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa.

Skarżysko-Kamienna,
(podpis seniora)

