**Karta pacjenta do Programu Gminy Stalowa Wola pn. „Opieka na odległość” - na rok 2022 w ramach Modułu II Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022**

1. **Dane osobowe:**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data urodzenia:………………………………………………………………………………………….

Pesel:

 Płeć: Kobieta  Mężczyzna  Wzrost: ……………cm

Numer telefonu: ……………………………….

Adres zamieszkania: Stalowa Wola, ul. …………………………………………………………………………………….

1. **Osoba/y do kontaktu:**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………., email: …………………………………

Powiązanie (np. syn, sąsiad, krewny): ……………………………………………….

Imię i Nazwisko: ………………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………., email: ………………………………….

Powiązanie (np. syn, sąsiad, krewny): ……………………………………………….

1. **Lista chorób:** ……………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ocena samodzielności:**

Poruszanie się: bez pomocy ,z chodzikiem , o lasce , na wózku , osoba leżąca 

Słuch: dobry  , niedosłuch  , głuchota 

Wzrok: dobry  , niedowidzenie  , osoba niewidoma 

Kontakt słowno- logiczny: zachowany  , zróżnicowany  , niezachowany 

1. **Lista przyjmowanych leków:** ……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

…………..……………………………………………………

Data i podpis