

Prosimy o wypełnienie dużymi, drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

IMEI:

Data wpływu:
DD/MM/RRRR

/

/

Podpis:

WYPEŁNIA UCZESTNIK
DANE UCZESTNIKA

Imię:

Nazwisko:

Nazwisko cd.:

PESEL:

Numer tel.:

Adres e-mail:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Miasto:

Wzrost:

Ciśnienie skurczowe:

Ciśnienie rozkurczowe:

DANE OPIEKUNÓW

Numer tel. opiekuna 1:

Email opiekuna 1:

Numer tel. opiekuna 2:

Email opiekuna 2:

INFORMACJE DODATKOWE np.: kto posiada klucze do mieszkania w sytuacji nagłej, szczególne warunki mieszkaniowe

Prosimy o wypełnienie dużymi, drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem
Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak „X” w odpowiednią rubrykę

CHOROBY I INNE INFORMACJE ZDROWOTNE

☐	Nadciśnienie tętnicze	☐	Nadczynność tarczycy	☐	Choroba Parkinsona	☐	Niewydolność serca
☐	Cukrzyca typu 1	☐	Niedoczynność tarczycy	☐	Kamica nerkowa	☐	Choroba zwyrodnieniowa stawów
☐	Cukrzyca typu 2	☐	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)	☐	Jaskra	☐	Migotanie przedsionków
☐	Arytmia serca	☐	Dna moczanowa	☐	Miażdżyca	☐	Choroba wieńcowa
☐	Nerwica	☐	Dyskopatia	☐	Osteoporoza	☐	Reumatyzm
☐	Zaćma	☐	Zwyrodnienie kręgosłupa	☐	Niewydolność układu krążenia	☐	Demencja
☐	Niewydolność nerek	☐	Żylaki	☐	Hipercholesterolemia	☐	Depresja
☐	Przebyty zawał serca	☐	Przebyty udar mózgu	☐	Wszczepiony rozrusznik serca	☐	Choroba Alzheimera
☐	Niedosłuch	☐	Niedowidzenie	☐	Nadwaga/otyłość	☐	Kamica żółciowa

Inne:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐	Brak	☐	Lekki	☐	Umiarkowany	☐	Znaczny
--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------

ALERGIE Jeśli występują u Pana/Pani jakieś alergie, prosimy wymienić, na co jest Pan/Pani uczulony/a

LEKI

☐	Acard	☐	Bibloc	☐	Nedal	☐	Kalipoz
☐	Bisocard	☐	Amlozek	☐	Zahron	☐	Nolpaza
☐	Insulina	☐	Toramide	☐	Aspargin	☐	Controloc
☐	Atoris	☐	Diuver	☐	Metocard	☐	Atrox
☐	Polocard	☐	Tulip	☐	Euthyrox	☐	Mesopral
☐	Kaldyum	☐	Betaserc	☐	Emanera	☐	Lacipil
☐	Spironol	☐	Vicebrol	☐	Neurovit	☐	Nonpres
☐	Polpril	☐	Doreta	☐	Romazic	☐	Telmizek
☐	Nebilet	☐	Milurit	☐	Primacor	☐	Espiro
☐	Roswera	☐	IPP	☐	Betaloc	☐	Forxiga

Inne:

.....
Miejscowość, data:

.....
Czytelny podpis: