

**KARTA INFORMACYJNA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POBYT W KLUBIE SENIORA DZIAŁAJĄCYM
PRZY GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISKACH**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu osobistego.....

Numer telefonu

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA	WZROST	WAGA	GRUPA KRWI
	TAK	NIE	UWAGI
SŁABO SŁYSZY			
ZDARZAJĄ SIĘ UPADKI I OMDLENIA			
OSTEOPOROZA			
STWARDNIENIE ROZSIANE			
NIEDOWŁAD KOŃCZYN GÓRNYCH/DOLNYCH			
KŁOPOTY Z ODDYCHANIEM			
STAN POUDAROWY			
NIEWYDOLNOŚĆ SERCA			
ZABURZENIA RYTMU SERCA			
ROZRUSZNIK			
STAN POZAWALOWY			
NADCISNIENIE TĘTNICZE			
CUKRZYCA			
PARKINSON			
ALZHAIMER			
DEMENCJA STARCZA			
KŁOPOTY Z PAMIĘCIĄ			
PRZEBYTE OPERACJE			
INNE CHOROBY			
STAIE ZAŻYWANE LEKI ORAZ MIEJSCE ICH PRZECHOWYWANIA (W TYM INSULINA)			

.....
Miejscowość , dnia

.....
Podpis uczestnika