

KARTA INFORMACYJNA SENIORA
PROGRAM „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2025

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)..... 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)		

