

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

**Formularz danych pacjenta
uczestniczącego w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej**

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Czy ma Pan/Pani: - uczulenie, (alergię w tym alergię pokarmową); NIE, TAK – na
co:

.....
Objawy uczulenia

.....
Przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe: NIE, TAK, jakie

.....
Uwagi

Przebyte urazy / choroby w ostatnich latach

Rok życia	Rodzaj choroby, urazu

Inne ważne informacje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontakt do osoby wskazanej przez pacjenta, upoważnionej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta.

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Stopień pokrewieństwa

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorecy