**KARTA POMOCNICZA DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”   
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO:** | | **WIEK:** |
| **CHOROBY:** | | |
| **SPOŻYWANIE POSIŁKÓW** | **SPOŻYWA SAMODZIELNIE ❒  WYMAGA KARMIENIA ❒** | |
| **DIETA** | **PODSTAWOWA ❒**  **LEKKOSTRAWNA ❒**  **PŁYNNA/ZMIKSOWANA ❒**  **CUKRZYCOWA ❒** | |
| **PRZEMIESZCZANIE SIĘ** | **OSOBA PORUSZAJĄCA SIĘ SAMODZIELNIE /PRZY CHODZIKU❒**  **OSOBA PORUSZAJACA SIĘ NA WÓZKU ❒**  **OSOBA NIEOPUSZCZAJĄCA ŁÓŻKA ❒** | |
| **LEKI I DAWKOWANIE:** | | |
| **CZY WW. KORZYSTA Z OŚRODKÓW WSPARCIA NP: WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ, ŚRODOWISKOWYCH DOMÓW SAMOPOMOCY, Z DZIENNEGO DOMU POMOCY, Z KLUBU SENIORA ITP.?**  **TAK ❒ NAZWA …………………………………………………………………………………………………………..**  **NIE ❒** | | |

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis opiekuna**