**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**