

KARTA ZDROWIA

1. **Nazwisko i imiona Klienta**
2. **Data urodzenia**
3. **PESEL**
4. **Miejsce zamieszkania**
5. **Gmina**
6. **Telefon kontaktowy**

7. **Charakterystyka (rodzaj niepełnosprawności, problemy z funkcjonowaniem, występujące choroby przewlekłe, wady rozwojowe, itp.)**
.....
.....

8. **Dolegliwości i objawy występujące:** (właściwe podkreślić) omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne, inne:
.....
.....
.....

9. **Czy w ostatnim roku Klient przebywał w szpitalu?** (tak/ nie)
Powód
.....

10. **Inne istotne uwagi o stanie zdrowia Klienta (np. alergie, przyjmowane leki):**
.....
.....
.....

11. **Dane rodziców/ opiekunów (wypełnić w przypadku Klienta niepełnoletniego albo pozostającego pod opieką)**
Matka
- Adres zamieszkania
- Telefon
- Email:

Ojciec

Adres zamieszkania

Telefon

Email:

.....

(data i podpis Klienta/przedstawiciela ustawowego)