



Pieczęć podmiotu leczniczego

**FORMULARZ DANYCH O PACJENCIE
W PROGRAMIE WSPARCIA DOMÓW OPIEKI MEDYCZNEJ (DOM)**

ZLO ul. gen. Romana Abrahama 16

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
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

1. Jakie Pan /Pani przyjmuje leki:

Nazwa leku	dawka	postać leku	dawkowanie
------------	-------	-------------	------------

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Inne zalecenia lekarskie:

.....
.....
.....
.....



3. Czy Pan/Pani ma zalecony przez lekarza lub dietetyka jakiś rodzaj diety ?

.....

.....

4. Czy u Pana/Pani występuje uczulenie na jakieś składniki pokarmowe?

.....

Jeśli tak, to jakie ?.....

5. Deklarowany czas pobytu w DOM:

.....

6. Osoba upoważniona do kontaktu:

Imię i nazwisko

Nr PESEL

Pokrewieństwo

Kontakt telefoniczny

Kontakt email

.....

Miejscowość, data, podpis świadczeniobiorcy