

.....  
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