

SYTUACJA ZDROWOTNA

1. Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia? ☐ bardzo dobrze ☐ dobrze ☐ przeciętnie ☐ źle ☐ bardzo źle
2. Czy posiada Pan/ Pani orzeczenie o niepełnosprawności? ☐ tak(wpisać rodzaj orzeczenia)..... ☐ nie
3. Stopień niepełnosprawności ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
4. Czy posiada Pan/Pani któryś z wymienionych objawów? ☐ problemy z pamięcią ☐ problemy z komunikacją ☐ apatia ☐ złe samopoczucie ☐ nerwowość ☐ inne(jakie?).....
5. Czy korzysta Pan/Pani z niżej wymienionych usług? ☐ lekarz pierwszego kontaktu(jak często?)..... ☐ lekarz specjalista(jak często?)..... ☐ szpital(jak często?)..... ☐ badania diagnostyczne(jak często?)..... ☐ usługi rehabilitacyjne(jak często?)..... ☐ inna osoba/instytucja.....

.....

podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.....

podpis