



Załącznik nr 7 do Zasad realizacji Programu
„Opieka wytnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

**KARTA POMOCNICZA DO KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2025.**

IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO:		WIEK:
CHOROBY:		
SPOŻYWANIE POSIŁKÓW	SPOŻYWA SAMODZIELNIE ☐ WYMAGA KARMIENIA ☐	
DIETA	PODSTAWOWA ☐ LEKKOSTRAWNA ☐ PŁYNNNA/ZMIKSOWANA ☐ CUKRZYCOWA ☐	
PRZEMIESZCZANIE SIĘ	OSOBA PORUSZAJĄCA SIĘ SAMODZIELNIE /PRZY CHODZIKU ☐ OSOBA PORUSZAJĄCA 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