

KARTA ZDROWIA KLIENTA

1. **Nazwisko i imiona Klienta**

2. **Data urodzenia**

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

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

4. **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:

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

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

Powód

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

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

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

.....

(podpis Klienta/przedstawiciela ustawowego)