Formularz zgłoszeniowy do Projektu "Terapia Domowa (TD)"
DANE OSOBOWE PACJENTA
Nazwisko
Imię
Płeć
Data urodzenia
Miejsce urodzenia
PESEL
DANE TELEADRESOWE PACJENTA
Województwo
Powiat
Miejscowość, kod pocztowy
Ulica
Numer domu
Numer lokalu
Numer telefonu
Adres e-mail
POZOSTAŁE DANE PACJENTA
Wykształcenie
Zatrudnienie pacjenta

Projekt „Terapia Domowa (TD)" jest współfinansowany ze środków EFS w ramach RPOWSL na lata 2014-2020.
Biuro Projektu: Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży ul. Mikołowska 208, 43-187 Orzesze
tel. 32 326 08 58 tel. 32 221 07 25 tel./fax. 32 221 56 70
www.otnorzesze.pl s.medyczny@otnorzesze.pl kancelaria@otnorzesze.pl

Czy pacjent korzysta z takiego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków UE w czasie trwania projektu?
Stopień niepełnosprawności
Czy pacjent jest ubezwłasnowolniony? (Jeśli tak to całkowicie czy częściowo)
Rozpoznanie choroby
DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA
Nazwisko
Imię
Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem
Województwo
Powiat
Miejscowość, kod pocztowy
Ulica
Numer domu
Numer lokalu
Numer telefonu
Adres e-mail
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją niniejszego projektu.

DATA, PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO:

.....