

UPITNIK

Da bi Vam mogli pružiti "HALO POMOĆ" potrebni su nam neki Vaši osobni podaci i podaci o Vašem zdravlju. Obavezujemo se da ćemo sve podatke držati u tajnosti, a upotrebljavati će se samo u Vašu korist. **Popunjeni upitnik vratite na našu adresu.**

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa (ulica, kat, kvart): _____

Datum rođenja: _____ Telefon: _____

S kim živite? _____ U stanu ili kući? _____

Da li ostavljate ključ u vratima, kad iznutra zaključate stan? DA ili NE

KONTAKT OSOBE (VAŽNO)

Molimo Vas da upišete podatke svih osoba (OBAVEZNO JEDNE) koje su suglasne da ih nazove naš operatet, ukoliko Vi trebate pomoć. Zamolite ih i upišite njihove podatke!!!

1

Ime i prezime _____ srodstvo/odnos _____

Adresa stanovanja _____ telefon u stanu _____

Radi u _____ telefon na poslu _____

Mobitel _____

Ima Vaš ključ i spremna je pomoći nakon našeg poziva? DA ili NE (zaokružite)

2

Ime i prezime _____ srodstvo/odnos _____

Adresa stanovanja _____ telefon u stanu _____

Radi u _____ telefon na poslu _____

Mobitel _____

Ima Vaš ključ i spremna je pomoći nakon našeg poziva? DA ili NE (zaokružite)

3

Ime i prezime _____ srodstvo/odnos _____

Adresa stanovanja _____ telefon u stanu _____

Radi u _____ telefon na poslu _____

Mobitel _____

Ima Vaš ključ i spremna je pomoći nakon našeg poziva? DA ili NE (zaokružite)

4

Ime i prezime _____ srodstvo/odnos _____

Adresa stanovanja _____ telefon u stanu _____

Radi u _____ telefon na poslu _____

Mobitel _____

Ima Vaš ključ i spremna je pomoći nakon našeg poziva? DA ili NE (zaokružite)

ZDRAVSTVENI KARTON

VAŠ LIJEČNIK - Ime i prezime: _____

Adresa ambulante: _____ telefon: _____

radi parnim danima _____ neparnim danima _____

Molimo Vas opišete zdravstvene poteškoće koje najčešće osjećate (npr. sa srcem, vidom, sluhom, kretanjem...)

Koja medicinska pomagala koristite? (kolica, štake, aparati...)

Koje lijekove koristite?

PRIHODI:

Upišite vrstu prihoda i iznos: _____

Tko je ispunio upitnik? _____

U Dubrovniku, dana _____

Potpis korisnika:
