



KARTA WIZYT SPECJALISTYCZNYCH KONSULTACJI FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

- 1) Wizyty konsultacyjne odbywają się w wymiarze 3 godzin w trakcie realizacji projektu w okresie 5 miesięcy
- 2) Dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00

| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin | Podpis specjalisty | Czytelny podpis Beneficjenta lub opiekuna faktycznego |
|-------|-------------|---------------|--------------------|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| SUMA: | | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarskie i opiekuńcze
znej i Funkcjonalnej Małgorzata Tesarz



KARTA WIZYT SPECJALISTYCZNYCH KONSULTACJI PIELĘGNIARSKICH

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

- 1) Wizyty konsultacyjne odbywają się w wymiarze 3 godzin w trakcie realizacji projektu w okresie 5 miesięcy
- 2) Dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00

| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin | Podpis specjalisty | Czytelny podpis Beneficjenta lub opiekuna faktycznego |
|-------|-------------|---------------|--------------------|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| SUMA: | | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarskie i opiekuńcze
funkcyjnej i Funkcjonalnej Małgorzata Tesarz



KARTA WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO DLA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

miesiąc realizacji wsparcia psychologicznego:

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko Opiekuna faktycznego:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

- 1) Wizyty psychologa odbywają się w wymiarze 4 godzin w miesiącu
- 2) Dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00

| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin | Podpis psychologa | Czytelny podpis Opiekuna faktycznego |
|-------|-------------|---------------|-------------------|--------------------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| SUMA: | | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarские i opiekuńcze
znej i Funkcjonalnej Małgorzata Tesarz



KARTA WIZYT DOMOWYCH REHABILITACYJNYCH

miesiąc realizacji usług rehabilitacyjnych:

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

- 1) Wizyty rehabilitacyjne (rehabilitacja ruchowa/kynoterapia/psycholog) odbywają się w wymiarze 12 godzin w miesiącu
- 2) Dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00

| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin terapeutycznych | Podpis terapeuty i rodzaj terapii <i>(ruchowa/kynoterapia/psychologiczna)</i> | Czytelny podpis Beneficjenta lub opiekuna faktycznego |
|-------|-------------|-------------------------------|--|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| SUMA: | | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarskie i opiekuńcze
Imienia i Funkcjonalnej Małgorzata Tesarz



KARTA WIZYT DOMOWYCH OPIEKUNA MEDYCZNEGO

miesiąc realizacji usług opiekuńczych:

.....

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

- 1) Wizyty opiekuna medycznego odbywają się w wymiarze 21 dni pracujących w miesiącu
- 2) Dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00
- 3) Łączny czas opieki wynosi 4 godziny dziennie, wizyty ustalane są z opiekunem faktycznym

| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin | Podpis opiekuna medycznego | Czytelny podpis Beneficjenta lub opiekuna faktycznego |
|-----|-------------|---------------|----------------------------|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarские i opiekuńcze
Magorzata Tesarz



| Lp. | Data wizyty | Liczba godzin | Podpis opiekuna medycznego | Czytelny podpis Beneficjenta lub opiekuna faktycznego |
|-----|-------------|---------------|----------------------------|---|
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |
| 17. | | | | |
| 18. | | | | |
| 19. | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | | | | |
| | SUMA: | | | |



| | Imię i Nazwisko: | Pesel: | |
|------|------------------|--------|--------|
| Data | Obserwacje | | Podpis |
| | | | |

Organizator



Stowarzyszenie Rehabilitacji Usługi pielęgniarskie i opiekuńcze
z Funkcjonalnej Małgorzata Tesarz



