

UPITNIK

Da bi Vam mogli pružiti “pomoć putem telefona” potrebni su nam neki Vaši osobni podaci i podaci o Vašem zdravlju. Obvezujemo 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 :** _____ **Mobitel:** _____

Koji je Vaš telefonski operater?* _____
(*neki telefonski operateri ne mogu garantirati ispravan rad uređaja zbog svojih centrala)

Tko Vas je informirao o socijalnom uređaju?

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 operater, 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: parni dani _____ neparni _____

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

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

Koje lijekove najčešće koristite?

PRIHODI: (potrebno zbog visine članarine)

Upišite vrstu prihoda i iznos: _____

Tko je ispunio upitnik? _____

U Zagrebu, dana _____

Potpis člana/korisnika:
