



INFORMACJE POZAMEDYCZNE

.....
(Imię i nazwisko Pensjonariusza)

Hobby

Pensjonariusza:

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

Preferowany sposób spędzenia czasu wolnego:

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

Przyzwyczajenia:

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

Inne:

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

Data

.....
Podpis Pensjonariusza/opiekuna faktycznego/
przedstawiciela ustawowego