

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Dzisiejsza data: \_\_\_\_\_

<b>Proszę zaznaczyć odpowiedź na każde pytanie</b>			
Czy masz trudności z zarobieniem wystarczającej ilości pieniędzy, aby kupić jedzenie dla siebie lub twojej rodziny?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy interesują cię bezpłatne kursy ukończenia szkoły średniej, kursy języka angielskiego, czytania i pisania, ćwiczeń, jogi, lub inne zajęcia ułatwiające spotkania towarzyskie?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy potrzebujesz informacji dotyczących schronisk dla bezdomnych lub innych opcji mieszkaniowych?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy w ostatnim roku, opuściłeś/aś wizytę u lekarza z powodu trudności komunikacyjnych?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy właściciel kamienicy odmawia dostarczenia ogrzewania, naprawy lub usunięcia pluskiew z mieszkania?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy potrzebujesz informacji na temat bezpłatnych serwisów/materiałów dla ofiar przemocy w rodzinie lub molestowania seksualnego?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć
Czy potrzebujesz pomocy w leczeniu nadużywania alkoholu/narkotyków?	Tak	Nie	Nie wiem/nie chce odpowiedzieć

**Czy jesteś zarejestrowany/a w Portalu Pacjenta?**

**Zarejestruj się dzisiaj, aby otrzymać dodatkowe informacje/materiały bezpośrednio na maila!**