

Data wizyty:

Diagnoza:

---

Plan działania:

---

---

---

---

---

---

---

Data kolejnej wizyty:

---

## Przydatne informacje

Aby uzyskać więcej informacji na temat Twojej diagnozy i możliwości uzyskania wsparcia:

- Odwiedź stronę [www.razemprzedsiebie.pl](http://www.razemprzedsiebie.pl)
- Odwiedź stronę Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera [alzheimer-waw.pl](http://alzheimer-waw.pl) lub zadzwoń na infolinię pod numer: +48 22 622 11 22

Pokazuj tę kartę swojemu lekarzowi rodzinnemu lub innym specjalistom podczas kolejnych wizyt lekarskich.

**Lekarz prowadzący:**

---

---

(nazwisko lekarza; nazwa i adres przychodni):

---

(numer telefonu do rejestracji)