

KARTA INFORMACYJNA

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

PESEL Grupa krwi

Data urodzenia



I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Pokrewieństwo	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczam, iż osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w karcie i wyraziły na to zgodę.

II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby	Kiedy / Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. JESTEM UCZULONY(A) NA

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza