**KARTA INFORMACYJNA**

-w ramach projektu "Koperta życia"

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Dane znajdujące się na karcie informacyjnej

służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

|  |
| --- |
| **1. Dane Właściciela Karty** |
| Imię i nazwisko | Numer PESEL | Grupa krwi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2. Telefon do najbliższych osób** |
| Imię i nazwisko | Numer telefonu | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam, że podane powyżej osoby zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich danych w karcie i wyraziły na to zgodę.

|  |
| --- |
| **3. Choruję na:** |
| Nazwa choroby | Od kiedy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **4. Uczulenia, alergie** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Przyjmowane lekarstwa / stałe** |
| Nazwa leku | Sposób przyjmowania | Pora przyjmowania /dawka | Od kiedy są przyjmowane | Gdzie się znajdują w domu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **6. Jestem pacjentem POZ** |
| Imię i nazwisko lekarza POZ | Nazwa Przychodni | Adres Przychodni |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. Inne istotne informacje** |
|  |
|  |
|  |
|  |

………………………………………… …………..…………………………………

Data wypełnienia karty Czytelny podpis