

## KARTA INFORMACYJNA



PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

*Dane znajdujące się na karcie informacyjnej służą, jako wskazówki dla służb medycznych.  
Do karty informacyjnej należy dołączyć kserokopię strony Dowodu Osobistego ze zdjęciem.*

Dane osobowe

Imię i nazwisko	Data wypełnienia karty informacyjnej
Moje znaki szczególne	

PESEL	Grupa krwi

Telefony do osób najbliższych/do opiekunów\*

Numer telefonu	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo

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

Na co choruję (proszę wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie itp. Proszę dołączyć dokumentację medyczną).\*


Dane lekarza prowadzącego (proszę wpisać dane lekarza, u którego leczy się Pani/Pan na swoje dolegliwości).\*

Nazwisko i imię	Numer telefonu	Specjalność



Jakie przyjmuję leki\*

Nazwa	Dawka	Pora przyjmowania	Od kiedy lek jest przyjmowany - data

Moje uczulenia.\*

<input type="checkbox"/> nie mam alergii	<input type="checkbox"/> mam alergie

Inne istotne informacje (proszę wpisać informacje, które mogą mieć znaczenie przy konieczności przewiezienia Pani/Pana do szpitala).\*


**\*Jeżeli w rubrykach zabrakło miejsca na wpisanie istotnych informacji, proszę je dopisać na oddzielnej kartce i dołączyć do karty informacyjnej.**

**UWAGA:**

Karta informacyjna jest ważna przez rok od daty jej wypełnienia.

W przypadku zmiany sytuacji lub po upływie okresu ważności należy wymienić kartę na nową.

**Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych zawartych w karcie informacyjnej w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych.**

Data wypełnienia karty informacyjnej

--

Czytelny podpis

--