

II KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Stopień pokrewieństwa	Imię, nazwisko

III CHOROBY NA KTÓRE SIĘ LECZĘ

IV PRZEBYTE OPERACJE

V JESTEM UCZULONY(A) NA

VI POSIADAM WSZCZEPIONE

VII PRZYJMUJĘ LEKI (NAZWA, DAWKA, ILE RAZY NA DOBĘ, OD KIEDY)

VIII INNE ISTOTNE INFORMACJĘ

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

OPISZ DOKŁADNIE MIEJSCE I SPOSÓB PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW NP.. KOLOR TECZKI, MIEJSCE, PÓŁKA, SZUFLADA ITP..

KLUCZE DO MIESZKANIA (ZAZNACZ WŁAŚCIWĄ OPCJĘ)

ZABRAĆ ZE MNĄ I ODDAĆ MI POŹNIEJ W SZPITALU

ODDAĆ SĄSIADOWI. IMIĘ, NAZWISKO, ADRES

INNE

**UWAGA! KARTĘ NALEŻY AKTUALIZOWAĆ NA BIEŻĄCO.
ODPOWIADASZ ZA PRAWIDŁOWOŚĆ I AKTUALNOŚĆ DANYCH**

Oświadczam, że powiadomiłem/ osoby wymienione w karcie o fakcie wskazania ich danych na wypadek wystąpienia sytuacji nagłej, wymagającej interwencji służb ratowniczych.

Data i podpis