

KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia

dzień			miesiąc				rok		



Imię i nazwisko

PESEL

1. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB

Proszę wpisać dane osób, które zostaną powiadomione np. o konieczności przewiezienia pacjenta do szpitala oraz w razie potrzeby zabezpieczą mieszkanie

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Pokrewieństwo

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

2. CHORUJĘ NA

Proszę wpisać zdiagnozowane przez lekarza choroby

3. MOJE UCZULENIA

Proszę wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, pokarmy, inne substancje

ODWRÓC 

4. PRZYJMUJĘ LEKI

Proszę wpisać nazwy przepisanych przez lekarza i przyjmowanych przez pacjenta leków lub umieścić opakowanie leku w kopercie

5. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Proszę wpisać wszystkie te ważne informacje, które mogą mieć znaczenie w przypadku konieczności zabrania pacjenta do szpitala

Czytelny podpis

UWAGA:

W PRZYPADKU ZMIANY STANU ZDROWIA LUB DANYCH OSOBOWYCH NALEŻY ZAKTUALIZOWAĆ KARTĘ LUB WYMIENIĆ NA NOWĄ.