

# 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 zabezpieczają mieszkanie*

Imię i nazwisko

Numer telefonu

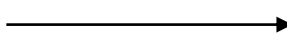
Pokrewieństwo


## 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.