

KARTA INFORMACYJNA

DANE ZAWARTE W KARCIE POSŁUŻĄ JAKO WSKAZÓWKI DLA SŁUŻB RATOWNICZYCH

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami.

Data wypełnienia

Imię nazwisko

Pesel Grupa krwi

Data urodzenia

Adres zamieszkania/zameldowania

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

(proszę wpisać imię, pokrewieństwo, numer telefonu)

1.

2.

3.

Oświadczam iż osoby podane wyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w karcie i wyraziły na to zgodę.

II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

(proszę wpisać nazwę choroby i od kiedy-okres zachorowania)

.....
.....
.....

III. JESTEM UCZULONY(A) NA

.....
.....
.....

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

(proszę wpisać nazwę leku, dawkę, ile razy dziennie, od kiedy)

.....
.....
.....
.....

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

(np. przebyte operacje, doznane urazy)

.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie informacyjnej w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych. Przetwarzanie powyższych danych w innym celu lub przez osoby nieuprawnione skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (Dz.U 2016 poz.922).

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
*potwierdzenie pkt. II, III, IV –pieczęć
i podpis lekarza*

K PERTA ŻYCIA

GMINA WILCZYCE



Telefony alarmowe:

Numer alarmowy - 112

Pogotowie ratunkowe - 999

Policja - 997

Straż Pożarna - 998