

# KARTA INFORMACYJNA

Dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych  
PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grupa  
krwi

Data  
urodzenia

## I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Pokrewieństwo

Imię

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

.....

.....

## III. JESTEM UCZULONY(A) NA

.....

.....

## IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w "karcie informacyjnej", jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną.

.....  
czytelny podpis