

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

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 przypadku konieczności zabrania pacjenta do szpitala

Czytelny podpis

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