

KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

UWAGA! W przypadku zmiany stanu zdrowia lub innych danych należy zaktualizować kartę lub wymienić na nową



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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. CHORUJĘ NA

Proszę wpisać zdiagnozowane przez lekarza choroby

3. MOJE UCZULENIA

Proszę wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, pokarmy, inne substancje