



KARTA INFORMACYJNA
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

KARTĘ NALEŻY AKTUALIZOWAĆ W PRZYPADKU KAŻDEJ ZMIANY INFORMACJI

DANE ZNAJDUJĄCE SIĘ W KARCIE INFORMACYJNEJ SŁUŻĄ JAKO WSKAZÓWKI DLA SŁUŻB RATOWNICZYCH

1		
IMIĘ I NAZWISKO	NUMER PESEL	GRUPA KRWI
2		
KONTAKT DO NAJBLIŻSZEGO CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA		
Imię i nazwisko, pokrewieństwo	Numer telefonu	
3		
KONTAKT DO INNYCH CZŁONKÓW RODZINY		
Imię i nazwisko, pokrewieństwo	Numer telefonu	

4
NA CO CHORUJĘ ?
GDZIE W DOMU PRZECHOWUJĘ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ?

DATA ZAŁOŻENIA
KARTY INFORMACYJNEJ

CZYTELNY PODPIS

DATA I AKTUALIZACJI
DATA II AKTUALIZACJI
DATA III AKTUALIZACJI
DATA IV AKTUALIZACJI

5
UCZULENIE NA LEKI

6																																																																						
PRZYJMOWANE LEKI																																																																						
<table border="1"> <tr> <th>Nazwa</th> <th>Dawka</th> <th>Pora dnia, godzina</th> <th>Od kiedy przyjmowany jest lek</th> <th>Miejsce przechowywania leku</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Nazwa	Dawka	Pora dnia, godzina	Od kiedy przyjmowany jest lek	Miejsce przechowywania leku																																																																	
Nazwa	Dawka	Pora dnia, godzina	Od kiedy przyjmowany jest lek	Miejsce przechowywania leku																																																																		

7												
PRZEBYTE URAZY / WYPADKI												
<table border="1"> <tr> <th>Data urazu / wypadku</th> <th>Co się wydarzyło (np. wypadek samochodowy, upadek z wysokości, itp.)</th> <th>Rodzaj obrażeń (np. uraz głowy, złamanie kości udowej, uraz wielonarządowy, itp.)</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Data urazu / wypadku	Co się wydarzyło (np. wypadek samochodowy, upadek z wysokości, itp.)	Rodzaj obrażeń (np. uraz głowy, złamanie kości udowej, uraz wielonarządowy, itp.)									
Data urazu / wypadku	Co się wydarzyło (np. wypadek samochodowy, upadek z wysokości, itp.)	Rodzaj obrażeń (np. uraz głowy, złamanie kości udowej, uraz wielonarządowy, itp.)										

8	
PRZEBYTE OPERACJE (podać dokładną datę lub rok oraz rodzaj operacji)	

9	
MAM WSZCZEPIONY : STYMULATOR / KARDIOWERTER / ROZRUSZNIK / ENDOPROTEZĘ / IMPLANT ELEKTRONICZNY (proszę wpisać, jeśli posiada PAN/PANI powyższe)	
Rodzaj implantu / lokalizacja	Data wszczepienia

10	
KONTAKT DO LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU)	
Nazwa przychodni, imię i nazwisko lekarza	Numer telefonu

11		
KONTAKTY DO LEKARZY SPECJALISTÓW, U KTÓRYCH LECZĘ SIĘ		
Nazwa przychodni / szpitala	Imię i nazwisko lekarza, specjalizacja	Numer telefonu

INNE DYSPOZYCJE (np. dotyczące zwierząt, mieszkania itp.)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Karcie informacyjnej, jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „**KOPERTA ŻYCIA**” w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101 poz. 926).

DATA I CZYTELNY PODPIS