

KARTA INFORMACYJNA



PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

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

2. CHORUJĘ NA

Proszę wpisać zdiagnozowane przez lekarza choroby

3. MOJE UCZULENIA

Proszę wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, pokarmy, inne substancje

ODWRÓC

4. PRZYJMUJĘ LEKI

Proszę wpisać nazwy przepisanych przez lekarza i przyjmowanych przez pacjenta leków lub umieścić opakowanie leku w kopercie

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

5. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Proszę wpisać wszystkie te ważne informacje, które mogą mieć znaczenie w przypadku konieczności zabrania pacjenta do szpitala

<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

Czytelny podpis

UWAGA:

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