



Karta Informacyjna

*Tu znajduje się
historia choroby
i informacje
o stanie
zdrowia pacjenta*





Karta Informacyjna

WAŻNOŚĆ DANYCH NA KARCIE - 1 ROK

DATA WYPEŁNIENIA

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

DATA URODZENIA

DATA WYPEŁNIENIA

DANE KONTAKTOWE DO OSÓB NAJBLIŻYCH

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PONIŻEJ OSOBY ZOSTAŁY POINFORMOWANE O PODANIU DANYCH KONTAKTOWYCH I WYRAZIŁY NA TO ZGODĘ

POKREWIEŃSTWO

1.
2.

IMIĘ I NAZWISKO

1.
2.

TELEFON

1.
2.

**Dane służą jako wskazówka dla służb ratowniczych,
proszę wypełnić formularz DRUKOWANYMI LITERAMI**

HISTORIA CHOROBY

NAZWA PRZEBYTEJ / OBECNEJ CHOROBY

1.

2.

3.

UCZULENIA

1.

2.

PRZYJMOWANE LEKI

NAZWA

OD KIEDY

DAWKA

ILE RAZY
DZIENNIE

1.

2.

3.

4.

5.

INNE ISTOTNE INFORMACJE

**TU PODAJ INFORMACJE, KTÓRE POMOĞĄ PRACOWNIKOM
SŁUŻBY MEDYCZNEJ, A KTÓRE NIE POJAWIŁY SIĘ WCZEŚNIEJ:**

**Potwierdzam zgodność wszystkich podanych
w Karcie Informacyjnej informacji:**

.....

CZYTELNY PODPIS

.....

PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

