

KOSZALIŃSKA KOPERTA ŻYCIA - KARTA INFORMACYJNA

CZĘŚĆ I (wypełnia właściciel Karty)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane znajdujące się w karcie informacyjnej służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

Data wypełnienia

Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Imię i nazwisko

Pokrewieństwo

Nr telefonu

.....
.....

Oświadczam, że podane powyżej osoby wyraziły zgodę na umieszczenie ich danych w Karcie.

KLUCZE DO MIESZKANIA:

Zabrać ze mną do szpitala i oddać mi później w szpitalu- tak/nie

Oddać sąsiadowi: imię i nazwisko sąsiada nr mieszkania

Inne:

ZWIERZĘTA:

Pies: jak się wabi Kot..... Inne zwierzęta. Jakież?

LEKARZEM/PIELĘGNIARKĄ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ JEST:

.....

Imię i nazwisko lekarza

Przychodnia

nr tel.

.....

Imię i nazwisko pielęgniarki

Przychodnia

nr tel

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie informacyjnej w ramach akcji Koszalińska Koperta Życia w celu ochrony zdrowia i świadczenia usług medycznych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2015 r.poz. 2135)

.....
Czytelny podpis właściciela Karty

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

CZĘŚĆ II (wypełnia lekarz POZ)

Podkreślić właściwe

Słabo słyszę	tak/nie	Stwardnienie rozsiane	tak/nie
Zdarzają się upadki i omdlenia	tak/nie	Kłopoty z pamięcią	tak/nie
Stan po udarze mózgu	tak/nie	Parkinson	tak/nie
POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc)	tak/nie	Osteoporoza	tak/nie
Nadciśnienie	tak/nie	Niedowład (czego)	tak/nie
Migotanie przedsionków	tak/nie utrwalone/ napadowe	Epilepsja	tak/nie
Rozrusznik serca	tak/nie	Kłopoty z oddychaniem, astma	tak/nie
Stan po zawale serca	tak/nie	Cukrzyca	tak/nie insulinozależna tak/nie

Inne choroby:

.....

.....

PRZYJMOWANE LEKI

Nazwa leku	Dawka	Nazwa leku	Dawka
.....
.....
.....
.....

UCZULENIE NA: LEKI, POKARMY, INNE SUBSTANCJE

.....

POTWIERDZAM INFORMACJE ZAMIESZCZONE W KARCIE W CZĘŚCI II

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza POZ