

KARTA INFORMACYJNA

FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia

Karta ważna jest 1 rok!

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Grupa Krwi

Data urodzenia



Stowarzyszenie
NASZ STARGARD

www.nasz.stargard.pl

**PROJEKT
BEZPIECZNY SENIOR**

KOPERTA ŻYCIA

☎ 999



☎ 112

1. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Pokrewieństwo

Imię i Nazwisko

Oświadczam, że osoby umieszczone na karcie zostały o tym fakcie poinformowane i wyraziły na to zgodę

2. CHORUJĘ NA / CHOROWAŁEM(AM) NA

Nazwa choroby

Od Kiedy/Kiedy

3. JESTEM UCZULONY(A) NA

4. PRZYJMOWANE LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<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 WAŻNE INFORMACJE

Czytelny podpis

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. 2,3,4

Podpis i pieczęć lekarza