

# KARTA INFORMACYJNA

Dane służą jako wskazówka dla służb ratowniczych.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami.

Kartę należy **wymieniać na aktualną przynajmniej raz w roku** oraz za każdą znaczącą zmianą w stanie zdrowia. Do karty należy **załączyć kopię dowodu osobistego i ostatniego wypisu ze szpitala.**



Data wypełnienia  karta ważna jest na 1 rok

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

## I KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

.....  
telefon

.....  
pokrewieństwo

.....  
imię i nazwisko

## II CHOROWAŁEM (AM) / CHORUJĘ NA

.....  
.....

## III UCZULENIA / ALERGIE

.....  
.....

## IV JAKIE PRZUJMUJĘ LEKI (na stałe)

.....  
.....

## V INNE WAŻNE INFORMACJE (np. stymulator serca)

.....  
.....

potwierdzam dane zawarte w pkt. II, III i IV

.....  
czytelny podpis pacjenta

.....  
podpis i pieczęć lekarza