

KARTA INFORMACYJNA

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami

Data wypełnienia KARTY			
	dzień	miesiąc	rok

Nazwisko i imię	
-----------------	--

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. INFORMACJE O OSOBACH, KTÓRE NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE POTRZEBY

Nazwisko i imię	Numer telefonu	Pokrewieństwo

Oświadczam, że powyżej podane osoby zostały poinformowane o umieszczeniu ich danych w niniejszej karcie i wyraziły na to zgodę.

II. UCZULENIA (wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, inne substancje, pokarmy)

Jestem uczulona/y na	
----------------------	--

III. CHOROBY (wpisać choroby zdiagnozowane przez lekarza)

NAZWA CHOROBY	OD KIEDY

IV. LEKI

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

Nazwa leku	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy

Miejsce przechowywania leków:

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
czytelny podpis osoby

AKTUALIZACJA KARTY:

Data : podpis

Data : podpis

Data : podpis