KARTA INFORMACYJNA

Data wypełnienia

KOPERTA ŻYCIA

D D - M M - R R R R

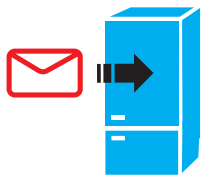
KARTA INFORMACYJNA JEST WAŻNA PRZEZ 1 ROK OD DATY JEJ WYPEŁNIENIA.

1 Wypełnij kartę informacyjną

2 Włóż wypełnioną kartę do koperty

3 Włóż kopertę do lodówki w widocznym miejscu

4 Naklej na lodówce symbol



Instrukcja wypełniania Karty Informacyjnej:

Dane znajdujące się na karcie informacyjnej służą jako wskazówki dla służb medycznych.

Do karty informacyjnej proszę dołączyć kserokopię strony dowodu osobistego ze zdjęciem.

W przypadku zmiany sytuacji lub po upływie czasu ważności należy wymienić kartę na nową.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Ad. 1 We właściwych rubrykach należy podać swoje imię i nazwisko oraz numer PESEL. Dodatkowo do Karty należy dołączyć kserokopię strony dowodu osobistego ze zdjęciem.

Ad. 2 We właściwych rubrykach należy wpisać dane osób, które należy powiadomić o tym, że Pan/Pani wymaga np. przewiezienia do szpitala itp. Osoby podane do kontaktu telefonicznego w razie potrzeby zabezpieczą mieszkanie.

Ad. 3 W tym miejscu należy wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie itp.). Do Karty należy dołączyć dodatkową dokumentację medyczną, np. ostatni wypis ze szpitala.

Ad. 4 W odpowiednie rubryki należy wpisać nazwy przepisanych przez lekarza leków wraz z ich dawkowaniem, porami przyjmowania oraz datą od kiedy są przyjmowane. Dodatkowo można do koperty włożyć inne informacje od lekarza odnośnie zażywanych leków.

Ad. 5 W tym miejscu można wpisać o zdiagnozowanych uczuleniach na np. niektóre leki itp. Dodatkowo można do koperty włożyć informacje od lekarza, odnośnie posiadanych alergii i uczuleń.

Ad. 6 W tym miejscu można wpisać inne, istotne Państwa zdaniem, informacje, które będą miały znaczenie w przypadku konieczności zabrania Państwa przez ratowników do szpitala. Można też wskazać gdzie u Pana/Pani w domu znajduje się kompletna dokumentacja medyczna.

Dane osobowe

Nazwisko

Imię

PESEL

Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie informacyjnej" jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „Pudełko Życia" w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r. poz. 922)

Telefony do najbliższych osób

Telefon

Pokrewieństwo

Nazwisko

Imię

Telefon

Pokrewieństwo

Nazwisko

Imię

Nazwa choroby / schorzenia

Nazwa choroby / schorzenia

Jakie przyjmuję **leki**

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Jakie przyjmuję **leki**

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D D - M M - R R R R

Inne istotne **informacje**

Inne istotne **informacje**

PUDEŁKO ŻYCIA

KOCIEWSKIE
CENTRUM ZDROWIA

Powiat
Starogardzki