

# Numer alarmowy **112**



W TEJ KOPERCIE ZNAJDUJE SIĘ KARTA INFORMACYJNA



Jak wypełnić Kartę Informacyjną do Koperty Życia

Znajdź czas i poświęć możliwie dużo uwagi, by prawidłowo wypełnić kartę informacyjną.  
Pamiętaj, od tego zależeć będzie Twoje życie!

Instrukcja wypełnienia Karty Informacyjnej:

W rubryce „Grupa krwi” gdy nie ma pewności należy wpisać XXX

W rubryce „Na co choruję” należy wpisać nazwy chorób przewlekłych.

W rubryce „Jakie przyjmuję leki” należy podać leki przyjmowane na stałe i te najistotniejsze.

W rubryce „Jestem uczulony (a)”, gdy nie ma uczuleń należy wpisać NIE STWIERDZONO

W rubryce „Ile razy dziennie” należy wpisać odpowiednio np. RANO – 1x, WIECZÓR – 2x  
lub – 3x lub – co 6 godz.

W przypadku, gdy Właściciel Karty ze względu na skutki przebytej choroby nie może osobiście podpisać Karty, dopuszczalne jest złożenie podpisu przez opiekuna Właściciela Karty. Dane opiekuna powinny być podane w pkt 1 Karty Informacyjnej.

Kartę należy uaktualniać. Na stronie Urzędu Miejskiego ([www.xxxxxxxx.pl](http://www.xxxxxxxx.pl)) w zakładce Koperta Życia można pobrać i wydrukować kartę informacyjną.

# KARTA INFORMACYJNA

(KARTĘ NALEŻY UAKTUALNIAĆ)

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Data wypełnienia  Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

Pesel  Grupa krwi

Data urodzenia

## I KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Pokrewieństwo

Imię i nazwisko

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

## II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJE NA

Nazwa choroby

Kiedy/od kiedy

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## III. JESTEM UCZULONY(A) NA

## IV PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

  

wyrazam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „karcie informacyjnej” jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tych danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015, poz. 2135).

Potwierdzam dane  
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza