

## INNE ISTOTNE INFORMACJE

TU PODAJ INFORMACJE, KTÓRE POMOGĄ PRACOWNIKOM SŁUŻBY MEDYCZNEJ, A KTÓRE NIE POJAWIŁY SIĘ WCZEŚNIEJ:

---

---

---

---

---

---

---

Potwierdzam zgodność wszystkich podanych w Karcie Informacyjnej informacji:

.....  
CZYTELNY PODPIS

.....  
PODPIS I PIECZĘĆ  
LEKARZA



# SULECHOWSKA KOPERTA ŻYCIA

## Karta Informacyjna

Tu znajduje się  
historia choroby  
i informacje  
o stanie  
zdrowia pacjenta



Numer alarmowy **112**



# Karta Informacyjna



Dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych,  
proszę wypełnić formularz **DRUKOWANYMI LITERAMI**

DATA WYPEŁNIENIA

IMIĘ I NAZWISKO

WAŻNOŚĆ DANYCH NA KARCIE - 1 ROK

PESEL

DATA URODZENIA

GRUPA KRWI

## DANE KONTAKTOWE DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PONIŻEJ OSOBY ZOSTAŁY POINFORMOWANE  
O PODANIU DANYCH KONTAKTOWYCH I WYRAZIŁY NA TO ZGODĘ

POKREWIEŃSTWO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

TELEFON

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## HISTORIA CHOROBY

NAZWA PRZEBYTEJ/OBECNEJ CHOROBY

1. \_\_\_\_\_ CZAS \_\_\_\_\_  
OD KIEDY \_\_\_\_\_  
DO KIEDY: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## UCZULENIA

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## PRZYJMOWANE LEKI

	NAZWA	OD KIEDY	DAWKA	ILE RAZY DZIENNIE
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____