KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI
Poniższe dane osoby posiadającej Kopertę Życia
służą jako wskazówki dla służb medycznych.

IMIĘ I NAZWISKO ……

NUMER PESEL ……

GRUPA KRWI ……

KONTAKT DO MOICH BLISKICH:

NUMER TELEFONU	IMIĘ	POKREWIEŃSTWO

CHORUJĘ NA:

NAZWA CHOROBY	OD KIEDY CHORUJĘ

PEZYJMOWANE PRZEZEMNIE LEKI:

NAZWA LEKU	DAWKA	ILE RAZY DZIENNIE	OD KIEDY PRZYJMUJĘ

JESTEM UCZULONA/Y NA NASTEPUJĄCE LEKI:

……
……
……

INNE ISTOTNE INFORMACJE O MNIE:

…… ……

Czytelny podpis posiadacza KARTY ŻYCIA **Data, podpis i pieczęć lekarza**