

Łobeska



Koperta Życia

KARTA INFORMACYJNA
dane służą jako wskazówki dla służb medycznych
PROSZĘ WYPELNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia:

Imię i Nazwisko

PESEL:

Grupa krwi:

	-		-		

1. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Stopień pokrewieństwa

.....
.....
.....

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



2. CHOROJE NA: (nazwa choroby)

.....
.....
.....
.....

3. JESTEM UCZULONY(A) NA:

.....
.....
.....
.....

4. PRZYJMUJE LEKI:

.....
.....
.....
.....

5. INNE ISTOTNE INFORMACJE

.....
.....
.....
.....

Czytelny podpis:

