

# MEDYCZNA KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

Data wypełnienia

Imię i nazwisko

PESEL

Grupa krwi

## I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

_____	_____	_____
Telefon	Pokrewieństwo	Imię

## II. CHORUJE NA

_____	_____
_____	_____

## III. JESTEM UCZULONY(A) NA

_____	_____
Nazwa choroby	Kiedy / Od kiedy

## IV. PRZYJMUJE LEKI

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nazwa	Dawka	Od kiedy

## V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis