



INFORMACJE ZAWARTE W KARCIE SĄ POUFNE I PRZEZNACZONE DLA SŁUŻB UDZIELAJĄCYCH POMOCY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE KARTY DRUKOWANYMI LITERAMI

CZĘŚĆ I

| | |
|--|-------------------------------------|
| IMIĘ I NAZWISKO | PESEL |
| ADRES | GRUPA KRWI |

Do Karty Informacyjnej proszę dołączyć kserokopię strony Dowodu Osobistego ze zdjęciem.

| CHOROBY NA KTÓRE LECZY SIĘ PACJENT | PRZEBYTE OPERACJE (JAKIE, KIEDY) |
|------------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| UCZULENIA NA LEKI/ALERGIE | WSZCZEPIONE URZĄDZENIA (NP. ROZRUSZNIKI) |
| | |

| AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI | DAWKA LEKU | PORY/GODZ. PRZYJMOWANIA | OD KIEDY SĄ PRZYJMOWANE |
|----------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LEKARZ RODZINNY (IMIĘ, NAZWISKO / NAZWA I ADRES PRZYCHODNI, NUMER TELEFONU)

.....

POTWIERDZAM DANE ZAWARTE W CZĘŚCI I

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

KONTAKT DO OSÓB, KTÓRE NALEŻY POWIADOMIĆ

| LP. | IMIĘ I NAZWISKO | NUMER TELEFONU | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA |
|-----|-----------------|----------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Oświadczam, że powiadomiłam/łem osoby wymienione przeze mnie w Karcie o fakcie wskazania ich na wypadek wystąpienia sytuacji nagłej, wymagającej interwencji służb ratowniczych.

INNE WAŻNE INFORMACJE

CZĘŚĆ II

1. KLUCZE DO MIESZKANIA

- PROSZĘ ZABRAĆ ZE MNĄ KLUCZE I ODDAĆ MI PÓŹNIEJ W SZPITALU (ZAZNACZ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ)
 TAK NIE
- KOMU ODDAĆ KLUCZE (IMIĘ, NAZWISKO, ADRES, TELEFON)
.....
.....

2. ZWIERZĘTA W DOMU (ZAZNACZ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ) NIE MAM ZWIERZĄT PIES KOT

- INNE ZWIERZĘ (JAKIE)
- KOMU ODDAĆ ZWIERZĘ POD OPIEKĘ (IMIĘ, NAZWISKO, ADRES, TELEFON)
.....
.....

3. DOKUMENTACJA MEDYCZNA ZNAJDUJE SIĘ (NALEŻY OPISAĆ MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW, NP. KUCHNIA, SZAFKA POD OKNEM, DRUGA PÓŁKA, ZIELONA TECZKA)

.....

4. INNE ISTOTNE INFORMACJE

.....

UWAGA:

- WSZYSTKIE DANE ZAWARTE W KARCIE NALEŻY AKTUALIZOWAĆ CO 6 MIESIĘCY/ W KAŻDEJ SYTUACJI ZMIANY STANU ZDROWIA/ PO KAŻDEJ ZMIANIE LEKÓW LUB ICH DAWKOWANIA.
- ZA PRAWIDŁOWOŚĆ I AKTUALNOŚĆ PODANYCH DANYCH ODPOWIADA POSIADACZ „PUDEŁKA ŻYCIA”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie informacyjnej” jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „Ujskie Pudełko Życia” w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2010r. poz. 922).

.....
Data

.....
Podpis posiadacza „UJSKIEGO PUDEŁKA ŻYCIA”

