

# KARTA INFORMACYJNA

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia  Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

PESEL  Grupa krwi

Data urodzenia



## I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Pokrewieństwo	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

## II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby	Kiedy / Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## III. JESTEM UCZULONY(A) NA

## IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w "karcie informacyjnej" jeżeli jest ona prowadzona w ramach akcji "Koperta 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 inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art.49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015, poz. 2135).

Potwierdzam dane  
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza