

Numer alarmowy

☎ 112



W TEJ KOPERCIE ZNAJDUJE SIĘ KARTA INFORMACYJNA

Jak wypełnić Kartę Informacyjną do Koperty Życia

**Znajdź czas i poświęć możliwie dużo uwagi, by prawidłowo wypełnić kartę informacyjną.
Pamiętaj, od tego zależeć będzie Twoje życie!**

Instrukcja wypełnienia Karty Informacyjnej:

W rubryce „Grupa krwi” gdy nie ma pewności należy wpisać XXX

W rubryce „Na co choruję” należy wpisać nazwy chorób przewlekłych.

W rubryce „Jakie przyjmuję leki” należy podać leki przyjmowane na stałe i te najistotniejsze.

W rubryce „Jestem uczulony(a)”, gdy nie ma uczuleń należy wpisać NIE STWIERDZONO

**W rubryce „Ile razy dziennie” należy wpisać odpowiednio np. RANO – 1x, WIECZÓR - 2x
lub - 3x lub - co 6 godz.**

W przypadku, gdy Właściciel Karty ze względu na skutki przebytej choroby nie może osobiście podpisać Karty, dopuszczalne jest złożenie podpisu przez opiekuna Właściciela Karty. Dane opiekuna powinny być podane w pkt 1 Karty Informacyjnej.

Kartę należy uaktualniać. Na stronie Urzędu Miejskiego (www.um.swidnica.pl) w zakładce Koperta Życia można pobrać i wydrukować kartę informacyjną.

KARTA INFORMACYJNA

(KARTĘ NALEŻY UAKTUALNIAĆ)

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Koperta Życia
dla Świdniczan



Imię i nazwisko

Data wypełnienia

Pesel

Grupa krwi

1. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo
<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, że osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych na karcie i wyraziły na to zgodę

2. NA CO CHORUJĘ

Nazwa choroby	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"/>

3. 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"/>

4. JESTEM UCZULONA(Y) NA

<input type="text"/>
<input type="text"/>

5. NAZWA I ADRES PRZYCHODNI, DO KTÓREJ NALEŻĘ

Zgadzam się na wykorzystanie danych zawartych w niniejszej KARCIE INFORMACYJNEJ przez służby ratownicze w celu udzielenia usługi medycznej

czytelny podpis właściciela karty