

# INFORMACYJNA KARTA znajduje się TUTAJ



## JAK WYPEŁNIĆ KARTĘ INFORMACYJNĄ DO KOPERTY ŻYCIA

Poświęć 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 „**Przyjmuję leki**” należy podać leki przyjmowane na stałe i te najistotniejsze;
- w rubryce „**Jestem uczulona(y) na**”, gdy nie ma uczuleń należy wpisać NIE STWIERDZONO;
- w rubryce „**Ile razy dziennie**” należy wpisać np. RANO – 1x, WIECZOREM – 2x lub co 6 godzin.

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

## Kartę należy uaktualniać.

Na stronie Starostwa Powiatowego w Nysie

([www.powiat.nysa.pl](http://www.powiat.nysa.pl)) można pobrać i wydrukować kartę informacyjną.



PŘEKRAČUJEME HRANICE  
PRZEKRACZAMY GRANICE  
2014–2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA  
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ  
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO



Powiat  
NYSKI

Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego  
oraz ze środków budżetu państwa. Przekraczamy granice

PONTIS  
Šumperk o.p.s.

# KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI  
dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

Data wypełnienia  
karta jest ważna 1 rok

dzień			miesiąc			rok			

Imię i nazwisko

PESEL

Grupa krwi



## 1. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo

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

## 2. NA CO CHORUJĘ

Nazwa choroby	Od kiedy

## 3. PRZYJMUJĘ LEKI:

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy

## 4. JESTEM UCZULONA(Y) NA:


## 5. NAZWA I ADRES PRZYCHODNI, DO KTÓREJ NALEŻĘ:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „karcie informacyjnej” jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenie usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karna z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922.).

.....  
czytelny podpis posiadacza karty

Potwierdzam dane zawarte w pkt. 2, 3, 4 .....  
podpis i pieczęć lekarza



PŘEKRAČUJEME HRANICE  
PRZEKRACZAMY GRANICE  
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA  
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ  
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

