



Powiat Koszaliński

KARTA INFORMACYJNA

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW
POWIATU KOSZALIŃSKIEGO



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Koszalinie

Imię i nazwisko

Data wypełnienia

Data urodzenia

Grupa krwi

PESEL

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Pokrewieństwo

Imię i nazwisko

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. CHOROWAŁEM (AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby

Kiedy / Od kiedy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. JESTEM UCZULONY (A) NA

.....

.....

.....

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla służb ratowniczych, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922.

Uwaga! Karta służy jako wskazówka dla służb ratowniczych
Karta powinna być na bieżąco aktualizowana

.....
Czytelny podpis