

KARTA INFORMACYJNA

Data wypełnienia



D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

KARTA INFORMACYJNA JEST WAŻNA PRZEZ 1 ROK OD DATY JEJ WYPEŁNIENIA.



1 Wypełnij kartę informacyjną



2 Włóż wypełnioną kartę do pudełka



3 Włóż pudełko do lodówki w widocznym miejscu



4 Naklej na lodówce symbol



Instrukcja wypełniania Karty Informacyjnej:

Dane znajdujące się na karcie informacyjnej służą jako wskazówki dla służb medycznych.

Do karty informacyjnej proszę dołączyć kserokopię strony dowodu osobistego ze zdjęciem.

W przypadku zmiany sytuacji lub po upływie czasu ważności należy wymienić kartę na nową.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Ad. 1 We właściwych rubrykach należy podać swoje imię i nazwisko oraz numer PESEL. Dodatkowo do Karty należy dołączyć kserokopię strony Dowodu Osobistego ze zdjęciem.

Ad. 2 We właściwych rubrykach należy wpisać dane osób, które należy powiadomić o tym, że Pan/Pani wymaga np. przewiezienia do szpitala itp. Osoby podane do kontaktu telefonicznego w razie potrzeby zabezpieczą mieszkanie.

Ad. 3 W tym miejscu należy wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie itp.). Do Karty należy dołączyć dodatkową dokumentację medyczną, np. ostatni wypis ze szpitala.

Ad. 4 W odpowiednie rubryki należy wpisać nazwy przepisanych przez lekarza leków wraz z ich dawkowaniem, porami przyjmowania oraz datą od kiedy są przyjmowane. Dodatkowo można do pudełka włożyć inne informacje od lekarza odnośnie zażywanych leków.

Ad. 5 W tym miejscu można wpisać o zdiagnozowanych uczuleniach na np. niektóre leki itp. Dodatkowo można do pudełka włożyć informacje od lekarza, odnośnie posiadanych alergii i uczuleń.

Ad. 6 W tym miejscu można wpisać inne, istotne Państwa zdaniem, informacje, które będą miały znaczenie w przypadku konieczności zabrania Państwa przez ratowników do szpitala. Można też wskazać gdzie u Pana/Pani w domu znajduje się kompletna dokumentacja medyczna.



Nazwisko

Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie Informacyjnej” jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „Pudełko na jesień 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 2002r. nr 101 poz. 926)

Czytelny podpis



Telefon

Pokrewieństwo

Nazwisko

Imię

Telefon

Pokrewieństwo

Nazwisko

Imię



Nazwa choroby / schorzenia



Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nazwa leku

Pory przyjmowania

Dawka

Od kiedy jest przyjmowany?

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



]

]

]

]

]







Zapytania i uwag dotyczące niniejszej Karty Informacyjnej proszę kierować

do Magdaleny Jankowskiej, tel. 58 774 94 09
Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. dra Józefa Balewskiego 1, 83-200 Starogard Gdański



Organizator akcji

