

# KARTA INFORMACYJNA<sup>1</sup>

DATA WYPEŁNIENIA

*(karta jest ważna 1 rok)*

## I. DANE OSOBOWE

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>Grupa krwi</i>	

## II. TELEFONY KONTAKTOWE DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Stopień pokrewieństwa</i>	<i>Numer telefonu</i>

## III. NA CO CHORUJĘ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

## IV. JAKIE PRZYJMUJĘ LEKI

<i>Nazwa leku</i>	<i>Dawkowanie</i>	<i>Pora przyjmowania leku</i>	<i>Od kiedy przyjmowane są leki (data)</i>

<sup>1</sup> Formularz proszę wypełnić drukowanymi literami

<i>Nazwa leku</i>	<i>Dawkowanie</i>	<i>Pora przyjmowania leku</i>	<i>Od kiedy przyjmowane są leki (data)</i>

**V. NA CO JESTEM UCZULONA/Y**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. INNE ISTOTNE INFORMACJE (np. ważniejsze zabiegi, operacje itp.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*(imię i nazwisko Uczestnika akcji społecznej – czytelny podpis)*