

# KARTA INFORMACYJNA

## DLA SŁUŻB MEDYCZNYCH

PROSZĘ WYPAŁNIĆ FORMULARZ  
DRUKOWANYMI LITERAMI



DATA.....

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL..... GRUPA KRWI.....

### I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

TELEFON

POKREWIEŃSTWO

IMIĘ

.....

.....

*Oświadczam, że w/w osoby zostały poinformowane i wyraziły zgodę na zamieszczenie danych.*

### II. CHORUJĘ NA:

NAZWA CHOROBY

OD KIEDY?

.....

.....

.....

.....

### III. JESTEM UCZULONA / UCZULONY NA:

.....

.....

### IV. PRZYJMUJĘ LEKI:

NAZWA

OD KIEDY

DAWKOWANIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### V. ISTOTNE INFORMACJE

.....

.....

.....  
CZYTELNY PODPIS

.....  
PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA