

























**KARTA INFORMACYJNA E**.**M**.**I**.

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Karta jest

ważna1 rok

Data wypełnienia

Imię i nazwisko

Grupa krwi

PESEL

Data urodzenia



**I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH**

Telefon

Pokrewieństwo

Imię

**Y ME**

**L F**

**E O**

**.P RTAZY**

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

**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 zawartych w "karcie informacyjnej" jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych

i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością

karną z art.49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015, poz. 2135).

Potwierdzam dane zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis Podpis i pieczęć lekarza