

Informace jako Forma Ochrany

Údaje slouží k informaci v situaci tísně, ohrožení zdraví nebo života

VYPLŇTE TISKACÍM PÍSMEM



JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL:

DATUM NAROZENÍ:

RODNÉ ČÍSLO:

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:

DATUM
VYPLNĚNÍ:

ALERGIE:

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

NEMOCI:

OD KDY:

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

LÉKY - NÁZEV:

DÁVKOVÁNÍ:

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

Kontakty na blízké osoby:
jméno, příjmení

 telefon

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

Kontakt na praktického lékaře \$:

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

Místo pro další sdělení:

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

**Souhlasím s využitím těchto údajů
pro potřeby IZS při mém ošetření.**

.....
podpis



Moravskoslezský
kraj


PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
v Moravskoslezském kraji



Projekt je
spolufinancován
ze státního
rozpočtu
České republiky.