

# KARTA INFORMACYJNA

KOPERTA ŻYCIA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

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



1. IMIĘ I NAZWISKO

2. NUMER PESEL

Do karty informacyjnej proszę dołączyć kserokopię dowodu osobistego.

3. TELEFON DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Numer telefonu

Imię i nazwisko

Pokrewieństwo

Oświadczam, iż podane powyżej osoby zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich danych w niniejszej karcie i wyraziły na to zgodę.

4. NA CO CHORUJĘ (dane potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu)

  

---

---

---

---

---

---

---

---

5. JAKIE LEKI PRZYJMUJĘ (dane potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu)

| Nazwa                | Dawka                | Pory przyjmowania    | Od kiedy przyjmowane<br>- data | Gdzie w domu<br>się znajdują |
|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/>         |



Szczecin

## 6. MOJE UCZULENIA (dane potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7. INNE ISTOTNE INFORMACJE

---

---

---

---

---

---

---

---

Data wypełnienia karty informacyjnej

Czytelny podpis

**WAŻNE:**

**W PRZYPADKU ZMIANY SYTUACJI NALEŻY WYMIENIĆ KARTĘ NA NOWĄ**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Informacyjnej jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „KOPERTA 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 nieupoważnioną skutkuje odpowiedzialnością karną zgodnie z art. 107 ustawy z dnia 10 maja 2018r. roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

Zapytania i uwagi dotyczące niniejszej Karty Informacyjnej proszę kierować do:

Urzędu Miasta Szczecin  
Wydział Spraw Społecznych  
tel. 091 42 45 672  
e-mail: wss@um.szczecin.pl



Szczecin