

KARTA



112



INFORMAČNÍ

V TĚTO OBÁLCE SE NACHÁZÍ

ZPŮSOB VYPLNĚNÍ INFORMAČNÍ KARTY DO ICE OBÁLKY

Soustředte se, abyste správně vyplnili informační kartu.

Pamatujte, tato karta Vám může zachránit život.

Návod k vyplnění informační karty:

- V rubrice „Krevní skupina“ pokud si nejste jisti, napište XXX;
- V rubrice „Trpím nemocemi“ napište názvy dlouhodobých nemocí;
- V rubrice „Beru léky“ uveďte léky, které užíváte dlouhodobě nebo jsou pro Vás důležité;
 - V rubrice „Trpím alergií“, pokud nemáte alergie napište NEZJIŠTĚNO;
- V rubrice „Kolikrát za den“ napište např. RÁNO – 1x, Večer – 2x nebo každých 6 hodin.

V případě, že Držitel karty z důvodu následků nemoci nemůže osobně podepsat kartu, je povolené, aby kartu podepsal opatrovník Držitele karty. Údaje opatrovníka musí být uvedeny v bodě 1 informační karty.

Kartu musíte aktualizovat.

Na stránce Starostwa Powiatowego (Okresního starostenství) v Nyse (www.powiat.nysa.pl) si můžete stáhnout a vytisknout informační kartu.



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014–2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO



Powiat
NYSKI

PONTIS
Šumperk o.p.s.

Projekt je spolufinancován z prostředků Evropského fondu pro regionální rozvoj

Starostwo Powiatowe
w Nysie

ul. Piastowska 33
48-300 Nysa

tel. 77 408 50 70
www.powiat.nysa.pl

INFORMAČNÍ KARTA

VYPLNĚTE TISKOPIS TIŠTĚNÝMI PÍSMENY

údaje slouží jako pokyny pro záchranářské služby

Datum vyplnění
karta platí 1 rok

den			měsíc			rok			

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Krevní skupina



1. KONTAKT NA BLÍZKÉ OSOBY

Telefon	Jméno a příjmení	Příbuzenství

Prohlašuji, že výše uvedené osoby byly informované o umístění údajů v kartě a s tímto souhlasily.

2. TRPÍM NEMOCEMI

Název nemoci	Od kdy

3. BERU LEKY:

Název	Dávka	Kolikrát za den	Od kdy

4. TRPÍM ALERGIÍ:

5. NÁZEV A ADRESA SPÁDOVÉHO ZDRAVOTNICKÉHO STŘEDISKA:

Já, níže podepsaný/á souhlasím s tím, aby mé osobní údaje, poskytnuté v rámci projektu „Polsko-česká kampaň: bezpečný a aktivní senior“, konkrétně u aktivity „Karta života“, byly v souladu s ustanovením § 5 odst. 2 zákona zpracovány, uchovány a poskytnuty třetím osobám, za účelem výše uvedeného projektu. Jsem si vědom/a toho, že tento souhlas se zpracováním údajů, udělený v souladu se zákonem je dobrovolný a jsem oprávněn/a jej kdykoliv odvolat. Odvolání souhlasu musí být učiněno písemně.

.....
čitelný podpis držitele karty

Potvrzuji údaje obsažené v bodech 2, 3, 4
podpis a razítko lékaře



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

