

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 - data	Gdzie w domu 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 z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1182, 1662).

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