(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

imię i nazwisko numer PESEL grupa krwi  *Do karty informacyjnej należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego*

**KONTAKT – OPIEKUN / CZŁONEK RODZINY**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | NR TELEFONU |
| **\*** |  |
|  |  |
|  |  |

**\*osoba posiadająca klucze od mieszkania**  Oświadczam, że wyżej wymienione osoby zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich na karcie i wyraziły na to zgodę.

**TELEFON – PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKOWA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nr telefonu Imię i nazwisko

**NA CO CHORUJĘ**

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |

**MOJE UCZULENIA**

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |

**JAKIE PRZYJMUJĘ LEKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **DAWKA** | **PORY PRZYJMOWANIA** | **OD KIEDY SĄ PRZYJMOWANE - DATA** | **GDZIE W DOMU SIĘ ZNAJDUJĄ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TELEFON – PRZYCHODNIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nr telefonu Nazwa przychodni, imię i nazwisko lekarza rodzinnego

**INNE ISTOTNE INFORMACJE**

|  |
| --- |
|  |

*………………………….. ….……………………………*

*Data wypełnienie Karty Czytelny podpis pacjenta*

WAŻNE:

- W przypadku zmiany danych należ wymienić kartę na nową.

- Jednostki chorobowe i przyjmowane leki mogą być uzupełnione na podstawie Karty informacyjnej leczenia szpitalnego.