

KARTA INFORMACYJNA E.M.I.

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia

Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

PESEL Grupa krwi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon

Pokrewieństwo

Imię

Oświadczam, iż osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w karcie i wyraziły na to zgodę.

II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby

Kiedy / Od kiedy

III. JESTEM UCZULONY(A) NA

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w "karcie informacyjnej" jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tych danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza