

**Proszę wypełnić formularz DRUKOWANYMI literami i powiesić na lodówce!**

|                  |  |
|------------------|--|
| Imię i Nazwisko: |  |
| PESEL:           |  |

### Kontakt do najbliższych:

| Telefon: | Imię i Nazwisko: |
|----------|------------------|
|          |                  |
|          |                  |

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

### Chorowałem (am), choruję na:

| Nazwa choroby: | Kiedy/od kiedy: |
|----------------|-----------------|
|                |                 |
|                |                 |
|                |                 |
|                |                 |

### Jestem uczulony (a) na:

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

### Przyjmuję leki:

| Nazwa: | Dawka: | Ile razy dziennie: | Od kiedy: |
|--------|--------|--------------------|-----------|
|        |        |                    |           |
|        |        |                    |           |
|        |        |                    |           |
|        |        |                    |           |
|        |        |                    |           |

W razie większej ilości leków prosimy o informację na drugiej stronie.