



# KARTA INFORMACYJNA **Koperta życia w Opolu**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ KARTĘ **DŁUGOPISEM I DRUKOWANYMI LITERAMI** oraz AKTUALIZOWAĆ co **6 miesięcy**

## CZĘŚĆ PIERWSZA

data wypełnienia karty (dzień, miesiąc, rok)

--	--	--

### I. INFORMACJE O POSIADACZU/POSIADACZCE KARTY

Imię i nazwisko

--	--

NR PESEL

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

Adres

--

Seria i Numer dowodu osobistego

--

### II. INFORMACJE O OSOBACH KTÓRE NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE POTRZEBY

NR 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.

### III. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

GRUPA KRWI		WZROST/WAGA .....	
Słabo słyszę	TAK/NIE*	Stwardnienie rozsiane	TAK/NIE
Zdarzają się upadki i omdlenia	TAK/NIE	Kłopoty z oddychaniem, astma	TAK/NIE
Osteoporoza	TAK/NIE	Rozrusznik serca	TAK/NIE
Stan poudarowy	TAK/NIE	Stan pozawałowy	TAK/NIE
Niewydolność serca	TAK/NIE	Nadciśnienie	TAK/NIE
Zaburzenia rytmu serca	TAK/NIE	Epilepsja	TAK/NIE
Cukrzyca	TAK/NIE	Kłopoty z pamięcią	TAK/NIE
Parkinson	TAK/NIE	Niedowład (czego):	TAK/NIE
INNE:			

**UWAGA:** Należy dołączyć karty wypisowe ze szpitala.

\* - podkreślić właściwe

Potwierdzenie powyższych informacji przez lekarza POZ: .....

data, podpis i pieczęć lekarza

### IV. KONTAKT DO LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU

Poniżej proszę wpisać nazwę, adres, numer telefonu do swojej przychodni

--

## V. INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALNIE PRZYJMOWANYCH LEKÓW

Nazwa leku	Dawka	Pora przyjmowania	Od kiedy lek jest przyjmowany - <b>data</b>
Miejsce przechowywania leków:			

Potwierdzenie powyższych informacji przez lekarza POZ: .....  
data, podpis i pieczęć lekarza

## CZĘŚĆ DRUGA

### INNE WAŻNE INFORMACJE

#### I. KLUCZE DO MIESZKANIA

Proszę zabrać ze mną klucze i oddać je w szpitalu (podkreśl właściwą opcję)	
TAK	NIE

Proszę oddać klucze: imię, nazwisko, numer telefonu, adres

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

#### II. ZWIERZĘTA W DOMU (podkreśl właściwą opcję)

TAK	NIE
-----	-----

Komu oddać pod opiekę zwierzę: imię, nazwisko, numer telefonu

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

**Oświadczenie:** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Karcie w celu zapewnienia bezpieczeństwa, ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i gdy są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. nr 101 z późn. zm.).

.....  
Czytelny podpis posiadacza/-ki Karty

\* - podkreślić właściwe