



V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI

I.C.E. KARTA

Údaje slouží k informaci v situaci tísně
a ohrožení zdraví nebo života
VYPLŇTE TISKACÍM PÍSMEM

DATUM VYPLNĚNÍ		ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL		DAT. NAROZENÍ NEBO R.Č.		
ALERGIE				
NEMOCI		OD KDY ?		
LÉKY – NÁZEV		DÁVKA	DÁVKOVÁNÍ	
KONTAKTY NA BLÍZKÉ OSOBY				
POŘADÍ	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	MĚSTO	VZTAH	TELEFON
1				
2				
3				
JMÉNO A KONTAKT NA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE				
Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS při mém ošetření.		_____ podpis		

www.seniorivkrajich.mpsv.cz



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

KRÁLOVÉHRADECKÝ
KRAJ



V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI

I.C.E. KARTA



Údaje slouží k informaci v situaci tísně a ohrožení zdraví nebo života.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

KRÁLOVÉHRADECKÝ
KRAJ



V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI

I.C.E. KARTA



Údaje slouží k informaci v situaci tísně a ohrožení zdraví nebo života.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



KRÁLOVÉHRADECKÝ
KRAJ



V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI

I.C.E. KARTA



Údaje slouží k informaci v situaci tísně a ohrožení zdraví nebo života.