



Na další položku přejdete pomocí klávesy [TAB]

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