**Tyska**

**Koperta życia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Grupa krwi** |  |
| **Choruję na** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Przyjmuję leki** |
| **Nazwa leku** | **Dawka leku** | **Ile razy dziennie** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Koperta życia**

**Tyska**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mam uczulenie na** |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Przebyłem operacje i urazy** |  |
| **Rodzaj operacji/urazu** | **Rok przebycia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **O moim stanie zdrowia proszę poinformować** |  |
| **Imię i Nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Numer telefonu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informacje dodatkowe (istotne w przypadku konieczności zabrania mnie do szpitala)**

 **Data wypełnienia Podpis**

**UWAGA!** W PRZYPADKU ZMIANY STANU ZDROWIA ORAZ INNYCH DANYCH PROSZĘ ZAKTUALIZOWAĆ INFORMACJE