

Data wypełnienia

KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Dane znajdujące się na karcie informacyjnej służą jako wskazówki dla służb medycznych

Imię i nazwisko

numer Pesel

Do Karty Informacyjnej proszę dołączyć kserokopię strony Dowodu Osobistego ze zdjęciem.



UWAGA, WAŻNE:

- NIE SŁYSZĘ
 NIE WIDZĘ

TELEFONY DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB

2.

1.
2.
3.

Numer 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.

NA CO CHORUJĘ

3.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

JAKIE PRZYJMUJĘ LEKI

4.

Nazwa	Dawka	Pory /godz. przyjmowania	Od kiedy są przyjmowane
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MOJE UCZULENIA

5.

.....
.....
.....

INNE ISTOTNE INFORMACJE

6.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

WAŻNE:

KARTA INFORMACYJNA JEST WAŻNA PRZEZ **1 ROK OD DATY JEJ WYPEŁNIENIA**. W PRZYPADKU ZMIANY SYTUACJI LUB PO UPŁYWIE CZASU WAŻNOŚCI NALEŻY WYMIENIĆ KARTĘ NA NOWĄ.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie Informacyjnej” jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „Pudełko na jesień Życia” w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i 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 2002r. nr 101 poz. 926)

Instrukcja wypełniania Karty Informacyjnej:

- Ad. 1** We właściwych rubrykach należy podać swoje imię i nazwisko oraz numer PESEL. Dodatkowo do Karty należy dołączyć **kserokopię strony Dowodu Osobistego ze zdjęciem**.
- Ad. 2** We właściwych rubrykach należy wpisać dane osób, które należy powiadomić o tym, że Pan/Pani wymaga np. przewiezienia do szpitala itp. Osoby podane do kontaktu telefonicznego w razie potrzeby zabezpieczą mieszkanie.
- Ad. 3** W tym miejscu należy wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie itp.). Do Karty należy dołączyć dodatkową dokumentację medyczną, np. ostatni wypis ze szpitala.
- Ad. 4** W odpowiednie rubryki należy wpisać nazwy przepisanych przez lekarza leków wraz z ich dawkowaniem, porami przyjmowania oraz datą od kiedy są przyjmowane. Dodatkowo można do pudełka włożyć inne informacje od lekarza odnośnie zażywanych leków.
- Ad. 5** W tym miejscu można wpisać o zdiagnozowanych uczuleniach na np. niektóre leki itp. Dodatkowo można do pudełka włożyć informacje od lekarza, odnośnie posiadanych alergii i uczuleń.
- Ad. 6** W tym miejscu można wpisać inne, istotne Państwa zdaniem, informacje, które będą miały znaczenie w przypadku konieczności zabrania Państwa przez ratowników do szpitala.

Zapytania i uwagi dotyczące niniejszej Karty informacyjnej proszę kierować do:

Bogdana Tokłowicza – Zastępcy Prezydenta Miasta Wejherowa, tel. 58 677 70 03;

Anny Kosmalskiej – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wejherowie, tel. 58 677 79 60,

Beaty Wieczorek - Wójcik – Naczelnej Pielęgniarki Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie, tel. (58) 572 70 00, 572 72 00, 572 72 01, 572 72 02.