



### 1. Dane właściciela karty

Imię i nazwisko:	Numer PESEL:
------------------	--------------

### 2. Telefon do najbliższych osób

Imię i nazwisko	Numer telefonu	Stopień pokrewieństwa

### 3. Przewlekłe choruję na:

Nazwa choroby

### 4. Uczulenia, alergie

--

### 5. Przyjmowane lekarstwa / stałe:

Nazwa leku, dawka oraz dawkowanie

### 6. Pozostaję pod opieką specjalistyczną

--

### 7. Pozostaję pod opieką lekarza POZ

Nazwa przychodni	Adres przychodni

### 8. Inne istotne informacje

--

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Czytelny podpis lekarza