



TELEFON ALARMOWY 112

POGOTOWIE 999

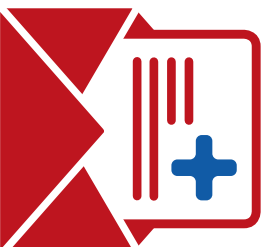
STRAŻ POŻARNA 998

POLICJA 997

INSTRUKCJA



KOPERTA ŻYCIA



1. Przeczytaj dokładnie formularz i wypełnij go **WIELKIMI LITERAMI**.
2. W razie wątpliwości skontaktuj się z lekarzem pierwszego kontaktu.

3. Wypełnioną „Kartę informacyjną” podpisz - własnoręcznym, czytelnym podpisem, w celu potwierdzenia prawdziwości zawartych w niej danych i przechowuj w miejscu, które jest w każdym domu i zarazem łatwo dostępne - takim jak lodówka.

4. Kopertę życia umieść na lodówce za pomocą dołączonego do zestawu magnesu lub (jeżeli nie ma możliwości przyklepania magnesu na lodówkę) wewnątrz lodówki na górnej półce, następnie na lodówkę przyklej naklejkę - Informację dla służb ratunkowych, że karta informacyjna znajduje się wewnątrz.

5. „Kartę informacyjną” aktualizuj na bieżąco, tj. za każdym razem kiedy sytuacja zdrowotna ulega zmianie.



PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia dzień/miesiąc/rok

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grupa krwi

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB

Proszę wpisać dane osób, które powinny zostać powiadomione np. o konieczności przewiezienia pacjenta do szpitala oraz w razie potrzeby zabezpieczyć mieszkanie (wraz ze zwierzętami).

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Stopień pokrewieństwa

-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

II. CHOROBY

Proszę wpisać istotne przebyte oraz zdiagnozowane obecnie przez lekarza choroby.

Nazwa choroby

Od kiedy

-----	-----
-----	-----

III. UCZULENIA

Proszę wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, pokarmy i inne substancje.

IV. LEKI

Proszę wpisać nazwy przepisanych przez lekarza i przyjmowanych przez pacjenta leków lub umieścić opakowania leków w kopercie.

Nazwa leku

Dawka

Ile razy dziennie

Od kiedy

-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Proszę wpisać wszystkie ważne informacje, które mogą być istotne w razie konieczności zabrania pacjenta do szpitala.

Czytelny podpis

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. II, III, IV

Podpis i pieczęć lekarza