OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření.

PODPIS

155	ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
158	POLICIE ČR
150	HASIČI
156	MĚSTSKÁ POLICIE
112	INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM

#seniořivkrajích

Projekt: Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň CZ.03.2.63/0.0./0.0./15_017/0006207

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...)

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBĚ (např. Jan Novák, syn) **MOBIL**

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření.

PODPIS

155	ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
158	POLICIE ČR
150	HASIČI
156	MĚSTSKÁ POLICIE
112	INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM

#seniořivkrajích

Projekt: Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň CZ.03.2.63/0.0./0.0./15_017/0006207

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...)

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBĚ (např. Jan Novák, syn) **MOBIL**

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření.

PODPIS

155	ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
158	POLICIE ČR
150	HASIČI
156	MĚSTSKÁ POLICIE
112	INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM

#seniořivkrajích

Projekt: Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň CZ.03.2.63/0.0./0.0./15_017/0006207

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...)

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBĚ (např. Jan Novák, syn) **MOBIL**

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

CHRONICKÉ NEMOCI (např. hypertenze, ICHS, astma...)	OD KDY (např. od 2013)

LÉKY (např. Prestance)	DÁVKA (např. 5 mg)	DÁVKOVÁNÍ (např. 1-0-0)

CHRONICKÉ NEMOCI (např. hypertenze, ICHS, astma...)	OD KDY (např. od 2013)

LÉKY (např. Prestance)	DÁVKA (např. 5 mg)	DÁVKOVÁNÍ (např. 1-0-0)

CHRONICKÉ NEMOCI (např. hypertenze, ICHS, astma...)	OD KDY (např. od 2013)

LÉKY (např. Prestance)	DÁVKA (např. 5 mg)	DÁVKOVÁNÍ (např. 1-0-0)