

KARTA O ZDROWIU

Proszę wypełnić formularz i powiesić w widocznym miejscu w domu

Imię i nazwisko	
Pesel	

KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Nr telefonu	Imię i nazwisko

Oświadczam, że osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w Karcie i wyraziły na to zgodę.

CHOROWAŁEM (AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby	Kiedy/ od kiedy?

JESTEM UCZULONY (A) NA

--

PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy