



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĘBNICY KASZUBSKIEJ



KARTA INFORMACYJNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ KARTĘ DŁUGOPISEM I DRUKOWANYMI LITERAMI
oraz AKTUALIZOWAĆ co 6 miesięcy

Data wypełnienia

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania.....

KONTAKT DO NAJBLIŻSZEJ OSOBY

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER TELEFONU	POKREWIEŃSTWO

Oświadczam, iż podane powyżej osoby zostały poinformowane o fakcie umieszczenia ich danych na niniejszej karcie i wyraziły zgodę

NA CO CHORUJĘ

NAZWA CHOROBY	OD KIEDY

PRZYJMUJĘ LEKI

NAZWA	DAWKA/ILE RAZY DZIENNIE	OD KIEDY

JESTEM UCZULONA/Y NA:

NAZWA I ADRES PRZYCHODNI, DO KTÓREJ NALEŻĘ

--

Zgadzam się na wykorzystanie danych zawartych w niniejszej karcie informacyjnej w celu udzielenia usługi medycznej.

.....
Data i podpis właściciela karty