

KARTA INFORMACYJNA

NUMER ALARMOWY

112



GINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŚRODZIE ŚLĄSKIEJ

ul. Plac Wolności 5, 55-300 Środa Śląska

tel.: 71 396 07 86 | e-mail: gops@srodaslaska.pl

www.gops.srodaslaska.pl

POGOTOWIE RATUNKOWE: 999

STRAŻ POŻARNA: 998

POLICJA: 997

POGOTOWIE ENERGETYCZNE: 991



KARTA INFORMACYJNA

Dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych.
Karta jest ważna 1 rok.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Data wypełnienia

D	D	.	M	M	.	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data urodzenia

D	D	.	M	M	.	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Imię

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

Nazwisko

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

PESEL

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

Grupa krwi

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

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Imię	Pokrewieństwo	Telefon																														
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby	Od kiedy / kiedy																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

III. JESTEM UCZULONY(A) NA

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy																																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Oświadczam, iż osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w karcie i wyraziły na to zgodę. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „KARCIE INFORMACYJNEJ” jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje tychże danych zgodnie z art. 6 w zw. z art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych w związku z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 z późn. zm.).

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza