|  |
| --- |
| **Data wypełnienia**…………………………………… |

 **KARTA INFORMACYJNA**

 **PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

1. **Dane znajdujące się na karcie informacyjnej służą jako wskazówki**

** dla służb medycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Imię i nazwisko numer Pesel grupa krwi**

|  |
| --- |
| **UWAGA, WAŻNE:** **NIE SŁYSZĘ** **NIE WIDZĘ** |

*Do karty informacyjnej można dołączyć kserokopię strony Dowodu*

 *Osobistego* ***ze zdjęciem.***

 **TELEFON DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ……………………………………………2. …………………………………………….3. ……………………………………………. | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

 **Numer telefonu Imię i nazwisko Pokrewieństwo**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Dawka** | **Pory/godz. przyjmowania** | **Od kiedy są przyjmowane** |
| …………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………. | …………..…………...……………………………………………………………………………….……………. | ……………………………………………………………………….……………………….……………………….……………………………………………….……………………….………………………. | ……………………………………………….……………………….……………………….……………………….……………………….……………………….……………………….………………………. |

 **NA CO CHORUJĘ JAKIE PRZYJMUJĘ LEKI**

1. **4.**

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

 **MOJE UCZULENIA**

 **INNE ISTOTNE INFORMACJE**

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

………………………………………….

 Czytelny podpis pacjenta

**WAŻNE:**

KARTA INFORMACYJNA JEST WAŻNA PRZEZ **1 ROK OD DATYJEJ WYPEŁNIENIA**. W PRZYPADKU ZMIANY SYTUACJI LUB PO UPŁYWIE CZASU WAŻNOŚCI NALEŻY WYMIENIĆ KARTĘ NA NOWĄ.

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Karcie informacyjnej” jest ono prowadzone w ramach akcji „Pudełko na jesień Życia” w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tychże danych.Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną wynikającą z przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) oraz przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). |

**Instrukcja wypełniana Karty Informacyjnej:**

Ad. 1 We właściwych rubrykach należy podać swoje imię i nazwisko, numer PESEL oraz grupę krwi. Dodatkowo do Karty można dołączyć kserokopię trony Dowodu Osobistego ze zięciem.

Ad. 2 We właściwych rubrykach należy wpisać dane osób, które należy powiadomić o tym, że Pan/Pani wymaga np. przewiezienia do szpitala itp. Osoby podane do kontaktu telefonicznego w razie potrzeby zabezpieczą mieszkanie.

Ad. 3 W tym miejscu należy wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza pierwszego kontaktu choroby (np. cukrzycy, nadciśnienie itp.) Do karty należy dołączyć dodatkową dokumentację medyczną, np. ostatni wypis ze szpitala.

Ad. 4 W odpowiednie rubryki należy wpisać nazwy przepisanych przez lekarza leków wraz z ich dawkowaniem, porami przyjmowania oraz data od kiedy są przyjmowane. Dodatkowo można do pudełka włożyć inne informacje od lekarza odnośnie zażywania leków.

Ad. 5 W tym miejscu można wpisać o zdiagnozowanych uczuleniach na np. niektóre leki itp. Dodatkowo można do pudełka włożyć informację od lekarza, odnośnie posiadania alergii i uczuleń.

Ad. 6 W tym miejscu można wpisać inne, istotne Państwa zdaniem, informacje, które będą miały znaczenie w przypadku konieczności zabrania Państwa przez do szpitala.

**Zapytania i uwagi dotyczące niniejszej Karty Informacyjnej proszę kierować do MOPS w Redzie 58 678-58-65.**