

**KARTA MEDYCZNA**  
**CZEMPIŃSKIE PUDEŁKO ŻYCIA**

IMIĘ	NAZWISKO																				
PESEL <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					ADRES

**KONTAKT DO OSÓB, KTÓRE NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE HOSPITALIZACJI**

LP	IMIĘ NAZWISKO	Stopień pokrewieństwa	TELEFON

**CHOROBY NA KTÓRE AKTUALNIE SIĘ LECZE**

LP	NAZWA CHOROBY lub nazwa zabiegów i operacji	NAZWA LEKU	DAWKA LEKU Pora przyjmowania

**JESTEM UCZULONA (Y)**


**MOJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

--

**INNE ISTOTNE INFORMACJE**

--

.....  
DATA

.....  
PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ DRUK