

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)		
Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření. PODPIS

NA MÉ PÉČI JE ZÁVISLÁ JINÁ OSOBA A BEZ JEJÍHO POSKYTNUTÍ BY BYLA OHROŽENA NA ŽIVOTĚ A ZDRAVÍ:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Kontakt: _____

Zástup v péči (kontakt a jméno): _____

Jiné důležité: _____



LINKA POMOCI MĚSTA KOLÍNA 721 952 438
pondělí–čtvrtek 8–15 h, pátek 8–13 h

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul) _____

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...) _____

DATUM NAROZENÍ _____

ZDR. POJIŠŤOVNA _____

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ _____

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (např. Jan Novák, syn) _____

MOBIL _____

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)		
Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření. PODPIS

NA MÉ PÉČI JE ZÁVISLÁ JINÁ OSOBA A BEZ JEJÍHO POSKYTNUTÍ BY BYLA OHROŽENA NA ŽIVOTĚ A ZDRAVÍ:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Kontakt: _____

Zástup v péči (kontakt a jméno): _____

Jiné důležité: _____



LINKA POMOCI MĚSTA KOLÍNA 721 952 438
pondělí–čtvrtek 8–15 h, pátek 8–13 h

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul) _____

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...) _____

DATUM NAROZENÍ _____

ZDR. POJIŠŤOVNA _____

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ _____

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (např. Jan Novák, syn) _____

MOBIL _____

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)		
Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření. PODPIS

NA MÉ PÉČI JE ZÁVISLÁ JINÁ OSOBA A BEZ JEJÍHO POSKYTNUTÍ BY BYLA OHROŽENA NA ŽIVOTĚ A ZDRAVÍ:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Kontakt: _____

Zástup v péči (kontakt a jméno): _____

Jiné důležité: _____



LINKA POMOCI MĚSTA KOLÍNA 721 952 438
pondělí–čtvrtek 8–15 h, pátek 8–13 h

I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul) _____

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...) _____

DATUM NAROZENÍ _____

ZDR. POJIŠŤOVNA _____

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ _____

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (např. Jan Novák, syn) _____

MOBIL _____

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

