

Koperta życia Caritas

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FOLMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Imię i nazwisko

PESEL

Grupa krwi

I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH OSÓB. Proszę wpisać dane osób, które powinny zostać powiadomione np. o konieczności przewiezienia pacjenta do szpitala oraz w razie potrzeby zabezpieczają mieszkanie (wraz ze zwierzętami).

Imię i nazwisko

numer telefonu

stopień pokrewieństwa

II. CHOROBY. Proszę wpisać istotne przebyte oraz zdiagnozowane obecnie przez lekarza choroby.
nazwa choroby

od kiedy

III. UCZULENIA. Proszę wpisać zdiagnozowane uczulenia na leki, pokarmy i inne substancje.

IV. LEKI. Proszę wpisać nazwy przepisanych przez lekarza i przyjmowanych przez pacjenta leków lub umieścić opakowania leków w kopercie.

nazwa leku

dawka

ile razy dziennie

od kiedy

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE. Proszę wpisać wszystkie ważne informacje, które mogą być istotne w razie konieczności zabrania pacjenta do szpitala.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Kopercie Życia Caritas” w celu ochrony zdrowia i świadczenia usług medycznych na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016.186 z dnia 16.02.2016). Oświadczam, że powiadamiałam/łem wymienione osoby o fakcie podania ich danych na wypadek wystąpienia sytuacji nagłej, wymagającej interwencji służb ratowniczych i te osoby wyraziły na to zgodę.

Data wypełnienia
i czytelny podpis