

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

GRUPA KRWI: 0

 **UCZULENIA (LEKI, POKARMY, INNE)**

OSOBA DO KONTAKTU (W SYTUACJI NAGŁEJ)

Osoba kontaktowa:

Pokrewieństwo:

Telefon:



CHOROBY PRZEWLEKŁE / ROZPOZNANIA

PRZYJMOWANE LEKI

[illegible]

KARTĘ NALEŻY AKTUALIZOWAĆ PO KAŻDEJ ZMIANIE LECZENIA. WARTO JĄ UMIEŚCIĆ W WIDOCZNYM MIEJSCU.



PRZYJMOWANE LEKI

STOSOWANE PREPARATY (także leki bez recepty oraz suplementy diety)	DAWKOWANIE			DODATKOWE UWAGI np. na co stosuję ten lek? Od jak dawna? Kto mi go zalecił?
	rano	południe	wieczór / inne	



LEKARZ PROWADZĄCY

Imię i nazwisko:

Telefon:



DODATKOWE WAŻNE INFORMACJE

- ☐ Rozrusznik serca
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Padaczka

- ☐ Choroba Alzheimera /otępienie
- ☐ Terapia przeciwzakrzepowa
- ☐ Inne:

KARTĘ NALEŻY AKTUALIZOWAĆ PO KAŻDEJ ZMIANIE LECZENIA.
WARTO JĄ UMIEŚCIĆ W WIDOCZNYM MIEJSCU.