

PARTNERZY



Stowarzyszenie
KGW
w Głuchowie



Skarżyńskie
Stowarzyszenie
Osób z Inicjatywą



Stowarzyszenie
Szadowiacy



Stowarzyszenie Domu
pomocy Społecznej
„Razem”



PUDEŁKO ŻYCIA KARTA INFORMACYJNA

(Informacje zawarte poniżej są poufne i przeznaczone dla służb medycznych.
Informacje należy aktualizować co 12 miesięcy i/lub po każdorazowej zmianie leków
lub sposobu ich dawkowania)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE KARTY DRUKOWANYMI LITERAMI

CZEŚĆ I

- WYPEŁNIA POSIADACZ PUDEŁKA

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES	
PESEL	

W SYTUACJI ZAGROŻENIA ŻYCIA PROSZĘ POWIADOMIĆ

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER TELEFONU	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

CZEŚĆ II

- WYPEŁNIA LEKARZ

CHOROBY NA KTÓRE LECZY SIĘ PACJENT	
PRZEBYTE OPERACJE	



PARTNERZY



**Stowarzyszenie
KGW
w Głuchowie**



**Skarżynskie
Stowarzyszenie
Osób z Inicjatywą**



**Stowarzyszenie
Szadowiacy**



**Stowarzyszenie Domu
pomocy Społecznej
„Razem”**



NUMER TELEFONU DO PORADNI LUB LEKARZA

DATA

PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

.....

.....

CZĘŚĆ III

WYPEŁNIA POSIADACZ PUDEŁKA – INFORMACJE DODATKOWE

1. **KLUCZE DO MIESZKANIA PROSZĘ ZABRAĆ ZE MNĄ I PRZEKAZAĆ MI JE W SZPITALU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ OPCJĘ)**

TAK

NIE

2. **KLUCZE DO MIESZKANIA PROSZĘ PRZEKAZAĆ (JEŚLI W PUNKCIE 1 ZAZNACZONO ODPOWIEDŹ „NIE” – PROSZĘ WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ)**

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER TELEFONU	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

3. **ZWIERZĘTA W DOMU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ OPCJĘ)**

TAK

NIE

4. **ZWIERZĘ PROSZĘ ODDAĆ POD OPIEKĘ (JEŚLI W PKT 3 ZAZNACZONO ODPOWIEDŹ TAK – PROSZĘ WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ)**

ZWIERZĘTA	NUMER TELEFONU
1. Pies <input type="checkbox"/>	
2. Kot <input type="checkbox"/>	
3. Inne <input type="checkbox"/>	



PARTNERZY



**Stowarzyszenie
KGW
w Głuchowie**



**Skarżyńskie
Stowarzyszenie
Osób z Inicjatywą**



**Stowarzyszenie
Szadowiaczy**



**Stowarzyszenie Domu
pomocy Społecznej
„Razem”**



5. Kontakt do innych poradni (specjalistów), w jakich leczy się pacjent.

NAZWA/IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER TELEFONU	

Za prawidłowość i aktualność podanych w karcie danych – odpowiada posiadacz Pudełka Życia!

Oświadczam, że powiadomiłem o niniejszej Karcie Informacyjnej osoby w niej wskazane.

DATA

PODPIS POSIADACZA PUDEŁKA ŻYCIA

.....

.....



„Europejski Fundusz Rolny na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich:
Europa Inwestująca w obszary wiejskie”.