

**TU PODAJ INFORMACJE, KTÓRE POMOGA PRACOWNIKOM  
SŁUŻBY MEDYCZNEJ, A KTÓRE NIE POJAWIŁY SIĘ WCZEŚNIEJ:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Potwierdzam zgodność wszystkich podanych  
w Karcie Informacyjnej Pacjenta informacji:

.....      .....

CZYTELNY PODPIS PACJENTA      PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA

# KARTA INFORMACYJNA PACJENTA



**TU ZNAJDUJE SIĘ HISTORIA CHOROBY  
I INFORMACJE O STANIE ZDROWIA PACJENTA.**



**GRUDZIĄDZ**  
miasto otwarte

# KARTA INFORMACYJNA

WAŻNOŚĆ DANYCH NA KARCIE - 1 ROK

## DATA WYPEŁNIENIA

dzień		miesiąc		rok					

## IMIĘ I NAZWISKO

--

## PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## DATA URODZENIA

dzień		miesiąc		rok					

## DANE KONTAKTOWE DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH

Oświadczam, że podane poniżej osoby zostały poinformowane o podaniu danych kontaktowych i wyraziły na to zgodę.

Imię i nazwisko

.....  
Pokrewieństwo                      Telefon

Imię i nazwisko

.....  
Pokrewieństwo                      Telefon

## HISTORIA CHOROBY

Nazwa przebytej/obecnej choroby

1. ....

2. ....

3. ....

Uczulenia

1. ....

2. ....

Przyjmowane leki

NAZWA	OD KIEDY	DAWKA	ILE RAZY DZIENNIE
1. ....			
2. ....			
3. ....			
4. ....			
5. ....			