



V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI

**I.C.E. KARTA**

Údaje slouží k informaci v situaci tísně  
a ohrožení zdraví nebo života  
VYPLŇTE TISKACÍM PÍSMEM

DATUM VYPLNĚNÍ		ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL		DAT. NAROZENÍ NEBO R.Č.		
ALERGIE				
NEMOCI		OD KDY ?		
LÉKY – NÁZEV		DÁVKA	DÁVKOVÁNÍ	
KONTAKTY NA BLÍZKÉ OSOBY				
POŘADÍ	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	MĚSTO	VZTAH	TELEFON
1				
2				
3				
JMÉNO A KONTAKT NA PRAKTICKÉHO LÉKAŘE				
Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS při mém ošetření.		podpis		

[www.seniorivkrajich.mpsv.cz](http://www.seniorivkrajich.mpsv.cz)



Pardubický kraj

