

**KARTA MEDYCZNA**  
**CZEMPIŃSKIE PUDEŁKO ŻYCIA**

IMIĘ	NAZWISKO																				
PESEL	ADRES																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					

**KONTAKT DO OSÓB, KTÓRE NALEŻY POWIADOMIĆ W RAZIE HOSPITALIZACJI**

LP	IMIĘ NAZWISKO	Stopień pokrewieństwa	TELEFON

**CHOROBY NA KTÓRE AKTUALNIE SIĘ LECZE**

LP	NAZWA CHOROBY lub nazwa zabiegów i operacji	NAZWA LEKU	DAWKA LEKU Pora przyjmowania

**JESTEM UCZULONA (Y)**


**MOJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

--	--

**INNE ISTOTNE INFORMACJE**

--	--

.....  
DATA

.....  
PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ DRUK