

OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření.

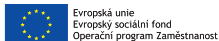
PODPIS

155	ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
158	POLICIE ČR
150	HASIČI
156	MĚSTSKÁ POLICIE
112	INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM



POSEZ
Pomoc seniorům a zdravotně postiženým
Středočeský kraj

Projekt: Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň CZ.03.2.63/0.0/0.0./15_017/0006207



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

JINÉ DŮLEŽITÉ (alergie, diabetes, epilepsie, poruchy chování a paměti...)

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

DATUM VYPLNĚNÍ

OMEZENÍ
(zakřížkujte)



ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (např. Jan Novák, syn)

MOBIL

KONTAKT
PŘÍPADNĚ
RAZÍTKO
PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE

CHRONICKÉ NEMOCI

(např. hypertenze, ICHS, astma...)

OD KDY

(např. od 2013)

LÉKY

(např. Prestance)

DÁVKA

(např. 5 mg)

DÁVKOVÁNÍ

(např. 1-0-0)