

# Informace jako Forma Ochrany

Údaje slouží k informaci v situaci tísně, ohrožení zdraví nebo života

**VYPLŇTE TISKACÍM PÍSMEM**



**JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL:**

**DATUM NAROZENÍ:**

**RODNÉ ČÍSLO:**

**ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:**

**DATUM  
VYPLNĚNÍ:**

**ALERGIE:**

.....  
.....  
.....

**NEMOCI:**

**OD KDY:**

.....  
.....  
.....

**LÉKY - NÁZEV:**

**DÁVKOVÁNÍ:**

.....  
.....  
.....

Kontakty na blízké osoby:  
jméno, příjmení

 telefon

.....	.....
.....	.....
.....	.....

Kontakt na praktického lékaře §:

.....
.....
.....

Místo pro další sdělení:

.....
.....
.....
.....
.....

**Souhlasím s využitím těchto údajů  
pro potřeby IZS při mém ošetření.**

.....  
podpis



Moravskoslezský kraj



PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB  
v Moravskoslezském kraji



Projekt je  
spolufinancován  
ze státního  
rozpočtu  
České republiky.