



# 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 ZZS p.o. při mém ošetření.

.....  
podpis

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

