

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

#seniořivkrajích

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

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

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 OSOBĚ (např. Jan Novák, syn)

MOBIL

**KONTAKT
PŘÍPADNĚ
RAZÍTKO
PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE**

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

#seniořivkrajích

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

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

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 OSOBĚ (např. Jan Novák, syn)

MOBIL

**KONTAKT
PŘÍPADNĚ
RAZÍTKO
PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE**

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

#seniořivkrajích

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

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

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 OSOBĚ (např. Jan Novák, syn)

MOBIL

**KONTAKT
PŘÍPADNĚ
RAZÍTKO
PRAKTICKÉHO
LÉKAŘE**

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]