

**OČKOVÁNÍ** (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

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

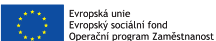
PODPIS

- 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



MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

**OČKOVÁNÍ** (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

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

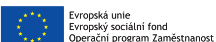
PODPIS

- 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



MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

**OČKOVÁNÍ** (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

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

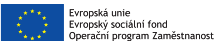
PODPIS

- 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



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. POJIŠTOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)



DATUM VYPLNĚNÍ

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

MOBIL

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

**I.C.E. KARTA**

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

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

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠTOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)



DATUM VYPLNĚNÍ

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

MOBIL

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

**I.C.E. KARTA**

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

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

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠTOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)



DATUM VYPLNĚNÍ

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

MOBIL

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

