




OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)		
Datum	Vakcína	Přeočkování

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

<b>155</b> ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	  
<b>158</b> POLICIE ČR	
<b>150</b> HASIČI	
<b>156</b> MĚSTSKÁ POLICIE	
<b>112</b> INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM	

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



## I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

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

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížujte)   




DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOĚ (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

<b>155</b> ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	  
<b>158</b> POLICIE ČR	
<b>150</b> HASIČI	
<b>156</b> MĚSTSKÁ POLICIE	
<b>112</b> INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM	

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



## I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

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

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížujte)   




DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOĚ (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

<b>155</b> ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	  
<b>158</b> POLICIE ČR	
<b>150</b> HASIČI	
<b>156</b> MĚSTSKÁ POLICIE	
<b>112</b> INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM	

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



## I.C.E. KARTA

!!! V PŘÍPADĚ NALÉHAVÉ POMOCI !!!

JMÉNO, PŘÍJMENÍ (titul)

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

DATUM NAROZENÍ

ZDR. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížujte)   

DATUM VYPLNĚNÍ

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

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

