

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

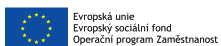
150 HASIČI

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

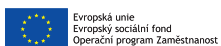
150 HASIČI

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

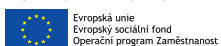
150 HASIČI

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

