

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



## + 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

- 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



## + 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

- 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



## + 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**

