

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

Evropská unie

Evropský sociální fond

Operační program Zaměstnanost

MP

SV

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

Evropská unie

Evropský sociální fond

Operační program Zaměstnanost

MP

SV

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

Evropská unie

Evropský sociální fond

Operační program Zaměstnanost

MP

SV

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

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (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. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

ÚDAJE O BLÍZKÉ OSOBE (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. POJIŠŤOVNA

OMEZENÍ (zakřížkujte)

DATUM VYPLNĚNÍ

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

MOBIL

KONTAKT PŘÍPADNĚ RAZÍTKO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

[illegible]