



# I.C.E. KARTA

Údaje slouží k informaci v situaci tísně  
a ohrožení zdraví nebo života  
VYPLŇTE TISKACÍM PÍSMEM

DATUM VYPLNĚNÍ		ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	
JMÉNO A PŘÍJMENÍ, TITUL		DAT. NAROZENÍ NEBO R.Č.	
ALERGIE			
NEMOCI		OD KDY ?	
LÉKY - NÁZEV		DÁVKA	DÁVKOVÁNÍ

## KONTAKTY NA BLÍZKÉ OSOBY

POŘADÍ	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	MĚSTO	VZTAH	TELEFON
1				
2				
3				

JMÉNO A KONTAKT NA  
PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Souhlasím s využitím těchto údajů  
pro potřeby IZS při mém ošetření.

.....  
podpis

[www.seniorivkrajich.mpsv.cz](http://www.seniorivkrajich.mpsv.cz)