

....., dnia 20

KARTA INFORMACYJNA Nr
udzielonej pomocy doraźnej

Pan/Pani

Data urodzenia PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

Udzielono pomocy w dniu

--	--	--	--

rok

--	--

miesiąc

--	--

dzień

godz. min. (w systemie 24-godzinnym)

Miejsce udzielenia pomocy
(w domu, ambulatorium, stacji itp.)

Rozpoznanie

Rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych

Zapisane leki i materiały medyczne

Zalecenia lekarza

Dane identyfikujące osobę udzielającą pomocy

.....
(podpis udzielającego pomocy)