

## 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



B | R | N | O

#seniořivkrajích

Projekt: Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_017/0006207



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



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



<b>CHRONICKÉ NEMOCI</b> (např. hypertenze, ICHS, astma...)	<b>OD KDY</b> (např. od 2013)

<b>LÉKY</b> (např. Prestance)	<b>DÁVKA</b> (např. 5 mg)	<b>DÁVKOVÁNÍ</b> (např. 1-0-0)

