

## DODATKOWE INFORMACJE<sup>6</sup>:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie, jeżeli jest ono prowadzone w ramach akcji „Koperta życia” w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych.

Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością z art. 49 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014r. poz. 1182)

DATA WYPEŁNIENIA

CZYTELNY PODPIS

### INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA:

1. We właściwych rubrykach należy podać swoje imię i nazwisko, numer PESEL oraz grupę krwi (jeśli została oznaczona). Dodatkowo do ankiety należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego.
2. We właściwych rubrykach należy wpisać dane osób, które należy powiadomić o tym, że Pan/Pani wymaga np. przewiezienia do szpitala itp.
3. Należy wpisać zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie, itp.). Do ankiety można dołączyć dodatkową dokumentację medyczną, np. ostatni wypis ze szpitala.
4. W tę rubrykę należy wpisać zdiagnozowane uczulenia, np. na niektóre leki.
5. W odpowiednie rubryki należy wpisać nazwy przepisanych przez lekarza leków wraz z ich dawkowaniem, porą przyjmowania oraz datą rozpoczęcia przyjmowania danego leku.
6. W tej rubryce można wpisać inne, istotne Państwa zdaniem informacje, które będą miały znaczenie w przypadku konieczności zabrania Państwa przez ratowników do szpitala.

## ANKIETA KOPERTY ŻYCIA PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

*Dane znajdujące się w ankiecie służą jako wskazówki dla służb medycznych.  
Do ankiety należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego.*

### 1. DANE OSOBOWE<sup>1</sup>

<b>Imię:</b>	<input type="text"/>
<b>Nazwisko:</b>	<input type="text"/>
<b>PESEL:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Grupa krwi:</b>	<input type="text"/>

### 2. TELEFONY DO NAJBLIŻSZYCH<sup>2</sup>

1	<b>Imię i nazwisko:</b>	<input type="text"/>
	<b>Pokrewieństwo:</b>	<input type="text"/>
	<b>Numer telefonu:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	<b>Imię i nazwisko:</b>	<input type="text"/>
	<b>Pokrewieństwo:</b>	<input type="text"/>
	<b>Numer telefonu:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	<b>Imię i nazwisko:</b>	<input type="text"/>
	<b>Pokrewieństwo:</b>	<input type="text"/>
	<b>Numer telefonu:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Oświadczam, iż osoby podane powyżej zostały poinformowane o fakcie umieszczenia danych w niniejszej ankiecie i wyraziły na to zgodę.

