

# OČKOVÁNÍ (chřipka, covid, tetanus atd.)

Datum	Vakcína	Přeočkování

Souhlasím s využitím těchto údajů pro potřeby IZS v případě mého ošetření.

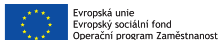
PODPIS

- 155** ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
- 158** POLICIE ČR
- 150** HASIČI
- 156** MĚSTSKÁ POLICIE
- 112** INTEGR. ZÁCHRANNÝ SYSTÉM



**POSEZ**  
Pomoc seniorům a zdravotně postiženým  
Středočeský kraj

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



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. POJIŠTOVNA

DATUM VYPLNĚNÍ

OMEZENÍ  
(zakřížkujte)



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

MOBIL

**KONTAKT  
PŘÍPADNĚ  
RAZÍTKO  
PRAKTICKÉHO  
LÉKAŘE**

