

## 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**



  
**#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

DATUM VYPLNĚNÍ

OMEZENÍ  
(zakřížkujte)



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

KONTAKT  
PŘÍPADNĚ  
RAZÍTKO  
PRAKTICKÉHO  
LÉKAŘE

