

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΜΟΥ ΔΙΕΓΝΩΣΕ ΟΤΙ ΕΧΩ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
ΚΑΙ ΛΑΜΒΑΝΩ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΠΟ:

Μήνας: _____ Έτος: _____

ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟΥ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ: _____

**ΑΥΤΟ ΤΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΟ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΕΙΔΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΑ-
ΣΤΡΟΦΗΣ** (Που χρησιμοποιείται σε επείγουσες καταστάσεις):

- όχι
 ναι, το όνομα του παράγοντα αναστροφής είναι

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ
ΑΝΑΓΚΗΣ

Όνομα: _____

Αριθμός τηλεφώνου: _____

[Add local code number]



Σημείωση: Βεβαιωθείτε ότι αυτή η κάρτα είναι
πλήρως συμπληρωμένη στο 100%. Συμπληρώστε
την κάρτα και να την έχετε πάντα μαζί σας.



Κόψτε την κάρτα στη γραμμή που υποδει-
κνύεται από το ψαλίδι και διπλώστε την.