

45

Sucha B. dn. ....

## KARTA INFORMACYJNA

Imię Nazwisko	lat
Adres	
Zaopatrzone	
ROZPOZNANIE	
RODZAJ UDZIELONEJ POMOCY	
ZALECENIA	
Odmowa transportu do szpitala	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pieczętka i podpis:	
lekarza.....	Kierownik Zespołu Ratownictwa Medycznego