**Zpráva lékaře**

Potvrzuji tímto, že jsem ošetřujícím lékařem

pana - paní ……………………………….…………………, datum narození…………….………..,

a že jeho (její) zdravotní stav vyžaduje rychlou pomoc v nouzi. Se souhlasem pacienta připojuji některé důležité informace o jeho zdravotním stavu a dlouhodobě aplikovaných lécích, které mohou být rozhodující v případě zákroku Rychlé záchranné služby při akutní příhodě bezprostředně ohrožující život pacienta.

**Zdravotní stav pacienta** *(vyplňte, prosím, strojem nebo hůlkovým písmem):*

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

**Dlouhodobě aplikované léky:**

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

……………………………………….…………………………………………………………………...

Datum ………………… …………………………...

 podpis lékaře

Souhlasím s použitím výše uvedených informací o mém zdravotním stavu v systému pomoci Signál v tísni pultu centralizované ochrany Městské policie Uherské Hradiště.

Datum ………………… …………………………...

 podpis pacienta