

## Zpráva lékaře

Potvrzuji tímto, že jsem ošetřujícím lékařem

pana - paní ....., rodné číslo .....,  
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:**

.....  
.....  
.....

.....

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

Uherské Hradiště .....

.....

podpis pacienta