**Сведения о здоровье для плана действий в случае экстренной ситуации**

Этот план необходим для того, чтобы быть готовым к чрезвычайной ситуации. Заполните форму на каждого члена семьи.

**Основные данные**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя |  |
| Группа крови |  |

**Медицинская информация**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя лечащего врача |  |
| Телефон лечащего врача |  |
| Другие врачи  (Укажите специализацию и телефон) |  |
| Другие врачи  (Укажите специализацию и телефон) |  |
| Другие врачи  (Укажите специализацию и телефон) |  |

**История болезни**

|  |  |
| --- | --- |
| Операции |  |
| Номер полиса |  |
| Имя агента |  |
| Телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Операции |  |
| Номер полиса |  |
| Имя агента |  |
| Телефон |  |

**История болезни (продолжение)**

|  |  |
| --- | --- |
| Пищевая аллергия |  |
| Аллергия на лекарства |  |
| Другие виды аллергии |  |
| Прививка/Дата |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Пищевая аллергия |  |
| Аллергия на лекарства |  |
| Другие виды аллергии |  |
| Прививка/Дата |  |

**История болезни (продолжение)**

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевания |  |
| Лекарства |  |
| Доза |  |
| Лечащий врач |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевания |  |
| Лекарства |  |
| Доза |  |
| Лечащий врач |  |

**Страховка**

|  |  |
| --- | --- |
| Главный подписчик (укажите имя, адрес и телефон ) |  |
| Вторичный подписчик (укажите имя, адрес и телефон) |  |
| Донор органов (ДА/НЕТ) |  |
| Место хранения завещания |  |
| Место хранения доверенности |  |

**Аптека**

|  |  |
| --- | --- |
| Название |  |
| Телефон |  |