

ACİL DURUM BİLGİ KARTI



Varsa Sürekli Rahatsızlığı: _ _ _ _ _

Kullandığı İlaçlar: _ _ _ _ _

Geçirdiği Ameliyat: _ _ _ _ _

Organ Bağıışı Yapmış mı: _ _ _ _ _

Afet Sonrası Toplanma Alanı: _ _ _ _ _

_ _ _ _ _

Diğer Bilgileri: _ _ _ _ _

_ _ _ _ _

Lütfen bu kartı sürekli olarak yanınızda taşıyınız.