

ACIL DURUM BİLGİ KARTI

Ad Soyad: _____

Doğum Tarihi: _____

TC Kimlik No: _____

Kan Grubu: _____

Adres: _____



Varsa;

Hastalıkları: _____

Alerjisi: _____

İlaçları: _____

Acil Durumda Aranacak Kişi:

Adı Soyadı: _____

Yakınlık Derecesi: _____

Telefonu: _____

Aile Afet Toplanma Alanı Adresi: _____