

Bei Unfall bitte benachrichtigen

Name, Vorname

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

Name, Vorname

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

Hausarzt

Telefon

Polizei **110**

Notruf/Feuerwehr **112**

Ärztlicher Notdienst _____

Kinder-Notfall-Ausweis

Lichtbild

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Chronische Erkrankungen

Asthma Ja Nein

Allergien Ja Nein

Welche? _____

Krämpfe/Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Bluter (Hämophilie) Ja Nein

Chronische Erkrankungen Ja Nein

Welche? _____

Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen/andere Risikofaktoren:

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes