

Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name _____ Telefon (privat) _____

Telefon (geschäftlich) _____ Telefon (mobil) _____

Name _____ Telefon (privat) _____

Telefon (geschäftlich) _____ Telefon (mobil) _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Polizei 110

Notruf/Feuerwehr 112



Besondere Anfälligkeiten/ chronische Krankheiten

Chronische Organleiden ja nein

Welche _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

Welche _____

Allergien ja nein

Welche _____

Dialysebehandlungen ja nein

Bluter (Hämophilie) ja nein

Glaukom ja nein

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Krämpfe/Nervenleiden ja nein

Operationen/andere Risikofaktoren: _____

NOTFALL AUSWEIS

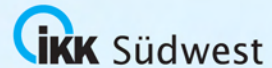
Lichtbild

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wohnort _____

Straße _____



Blutgruppe und Rh-Faktor:
(Werden bei jedem Unfall neu bestimmt!)

Bemerkungen/Sonstiges

Tetanus-Schutzimpfungen:

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Medikamentöse Langzeitbehandlung:

Datum	Präparat + Cn-B
Seit:	
Seit:	

Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____

