

Dies ist die Notfallmappe von:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Land: _____

Mein Gesundheitszustand:

Krankheiten, die ich habe:

Medikamente, die ich einnehme:

Sonstiges (Allergien, Impfungen, ...):

Bitte Benachrichtigen Sie im Notfall:

| | Person 1 | Person 2 |
|--------------------|----------|----------|
| Name: | _____ | _____ |
| Vorname: | _____ | _____ |
| Telefon: | _____ | _____ |
| Handy: | _____ | _____ |
| eMail: | _____ | _____ |
| Strasse, Haus-Nr.: | _____ | _____ |
| PLZ: | _____ | _____ |
| Wohnort: | _____ | _____ |
| Land: | _____ | _____ |

Mein Hausarzt:

Name: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Land: _____

Telefon / Handy / Web: _____

Weitere behandelnde Ärzte:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy / Web: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy / Web: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy / Web: _____

Mein Pflegedienst:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy / Web: _____

Meine Apotheke:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy / Web: _____

