

Zu benachrichtigende Personen
(Name, Anschrift, Tel.-Nr.)

Patientenverfügung:

☐ ja ☐ nein

Organspender/in:

☐ ja ☐ nein

Blutgruppe:

Hausarzt: Name, Anschr., Tel.



Im Notfall vom Rettungsdienst
mitzunehmen und dem
behandelnden Arzt vorzulegen!

Name

Vorname

Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Tel.-Nr.

Krankenkasse

Grunderkrankungen:

☐

☐

☐

☐

Regelmäßige Medikamente:

☐ Marcumar

☐ ASS

☐ Insulin

☐

☐

☐

☐

☐

Besonderheiten:

☐ Herzschrittmacher

☐ MRSA ☐ HIV

☐ Diabetes

☐ Epilepsie

☐

☐

Allergien/Unverträglichkeiten:

☐

☐