Datum:

Notfall-Liste

Persönliche Daten

Name, Vorname | Geburtsdatum

Adresse

Organspender ☐ JA ☐ NEIN

Tel. | Blutgruppe

Krankenkasse | Versichertennummer

Hausarzt

Name | Tel.

Adresse

Im Notfall kontaktieren

Name | Tel. | Bezug / Ist wer?

Name | Tel. | Bezug / Ist wer?

Medikamente

Arzneimittel	Stärke/Dosis (MG)	Einnahmezeit & Menge morgens	mittags	abends

Chronische Erkrankungen

Vorerkrankungen & OP's

Allergien & Unverträglichkeiten

Sonstiges & Wichtiges