

Notfalldatenblatt



Bitte für Notfälle ausfüllen:

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Krankenkasse: _____ **Versicherungsnummer:** _____

Allergien/ Sonstiges: _____

Tetanusimpfung: Ja Nein

Medikamentenunverträglichkeit (z. B. Penicillin):

Vorerkrankungen (z. B. Asthma) und Risikofaktoren (zu hohe Blutfette):

Einnahme von Langzeitmedikamenten:

Notfallnummern:

Name, Vorname	Telefon / Handy
1.	
2.	
3.	
4.	

_____ Datum

_____ Unterschrift

Die Informationen werden nur im Notfall genutzt um eine möglichst schnelle und gute medizinische Versorgung sicherzustellen.