



Meine Notfallmappe

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, ...):



Meine Notfallmappe

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: _____



Meine Notfallmappe

Name:

Anschrift:

Telefon / Handy / Web:

Name:

Anschrift:

Telefon / Handy / Web:

Mein Pflegedienst:

Name:

Anschrift:

Telefon / Handy / Web:

Meine Apotheke:

Name:

Anschrift:

Telefon / Handy / Web:
