

Blutgruppe und Rh-Faktor:

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Das muss man über mich wissen:

Datum Stempel, Unterschrift

Andere Risikofaktoren: _____

Welche: _____

Allergien Ja Nein

Welche: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Krämpfe/Nervenleiden Ja Nein

Diabetes/Zuckerkrankheit Ja Nein

Asthma Ja Nein

Glaukom/Augenerkrankungen Ja Nein

Bluter (Hämophilie) Ja Nein

Dialysebehandlungen Ja Nein

Welche: _____

Chronische Erkrankungen Ja Nein

Meine Erkrankungen und Behandlungen:
Bitte ankreuzen



info@kidspro.de
www.kidspro.de

Vermerk: _____

Präparat	Dosis	seit Datum

Diese Medikamente nehme ich ein:

Mein Notfallausweis



Name						Vorname					
Geburstag											
Straße, Haus Nr.											
PLZ, Ort											
POLIZEI 110 NOTRUUF/FEUERWEHR 112											

Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name

Geschäftlich

Mobil

Telefon

Name

Geschäftlich

Mobil

Telefon

Name

Geschäftlich

Mobil

Telefon