

Allergien / Unverträglichkeiten

Blutgruppe

Ihre Angaben sind freiwillig. Diese Daten werden nur im Notfall verwendet! Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst und das Krankenhaus weitergegeben werden dürfen.

Datum

Unterschrift

Geburtsdatum

Anschrift

Hausarzt (Name, Telefon)



www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de

Notfallkarte

Name, Vorname

Krankenkasse

Zu benachrichtigende Person(en)

Name, Vorname, Telefon

Name, Vorname, Telefon