# Notfallpass

Name

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Krankenkasse und Versichertennummer

**Erkrankungen / Vorerkrankungen**

| | | |
|---|---|---|
| Antikoagulation (Blutverdünner) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Asthma, Chronische Bronchitis | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hämophilie (Bluterkrankheit)<br>Welche? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Allergien<br>Welche? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Epilepsie (Fallsucht) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Tetanusschutzimpfung:<br>Datum: | ☐ Ja | ☐ Nein |

Blutgruppe und Rh-Faktor
(Wenn bekannt, Wird im Notfall neu bestimmt)

**Medikamentöse Dauertherapie**

| Präparat | Dosis | Seit wann |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Bemerkungen**

**Im Notfall bitte benachrichtigen**

Name und Telefonnummer

Name und Telefonnummer