

Notfallkarte

von den Machern der Immunkarte®

Formular für die Apotheke



Geben Sie alle Notfallinformationen an, die Sie auf der Notfallkarte und Ihrer persönlichen Notfall-Seite anzeigen möchten.

Vorname

Nachname

Vorname (Notfallkontakt)

Nachname (Notfallkontakt)

Notfallinformationen (z.B. Allergien, Implantate, chronische Krankheiten, etc.)

Notfallhinweis (z.B. Einnahme von Medikamenten oder Personen allein zuhause)

Digital verfügbare Informationen

Geburtsdatum

Größe (in cm)

Gewicht (in kg)

E-Mail

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

Blutgruppe inkl. Rhesusfaktor

Organspendeausweis

 vorhanden

Kontaktdaten des Hausarztes

Telefon

Pflichtangaben optionaleangaben