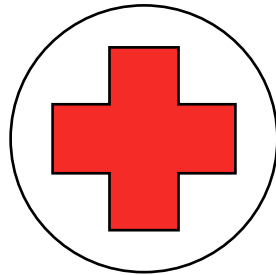




**WICHTIGE**



# **MEDIZINISCHE INFORMATION**



**ICH HABE FOLGENDE ERKRANKUNGEN:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ICH NEHME FOLGENDE MEDIKAMENTE EIN:**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

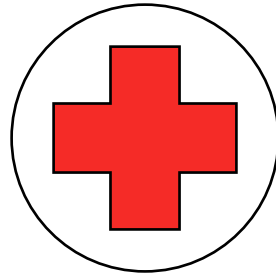
**MEINE HAUSÄRZTIN-/ARZT IST:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte wenden**



# PATIENTEN- KARTE



**NAME:** \_\_\_\_\_

**GEBURTSDATUM:** \_\_\_\_\_

**ALLERGIEN:** \_\_\_\_\_

**BEKANNTES KRANKENHAUS:** \_\_\_\_\_

**NOTFALL-KONTAKTE / ANGEHÖRIGE:**

1. \_\_\_\_\_ / TELEFON: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ / TELEFON: \_\_\_\_\_

**SONSTIGES:** \_\_\_\_\_

**ÄRZTLICHER**

**BEREITSCHAFTSDIENST:**



**116 117**



**RETTUNGSDIENST:**

**112**