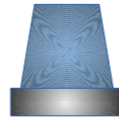




Kinder-Notfall-Ausweis

Polizei 110
Notruf / Feuerwehr 112
Ärztlicher Bereitschaftsdienst
116 117



Name	Vorname	Foto (nicht zwingend notwendig)
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße	Hausnummer	
PLZ	Wohnort	
Konfession		

Bitte benachrichtigen

Hausarzt

Name	Name
Telefonnummer / Mobil	Telefonnummer
Name	Straße
Telefonnummer / Mobil	PLZ/ Ort

Letzte Tetanus-Schutz-Impfungen

Datum	Datum	Datum

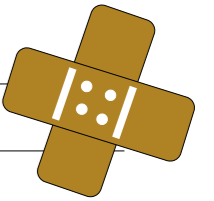
Medikamentöse Langzeitbehandlungen

Präparat	Dosis	Datum (seit wann)

Allergien

ja nein

Allergien?
Welche?



Vorerkrankungen

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluter (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glaukom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krämpfe/Nervenleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche?

Chronische Organ-Erkrankungen ja nein

Welche?

Blutgruppe (wird im Notfall neu bestimmt) **Rhesusfaktor** (wird im Notfall neu bestimmt)

Operationen/ Bemerkungen / andere Risikofaktoren

