

# 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