



	ja	nein
Insulin		
Herzschrittmacher		
Heparin, Marcumar oder Ähnliches		
Organspender		
MRSA		
HIV		

### Medikamente:

---



---



---



---



---

### Grunderkrankungen:

---



---



---



---

### Blutgruppe/Rhesusfaktor:

---

### Unverträglichkeiten/Allergien:

---



---



---



---



---

### Besonderheiten

(Zahnprothese, Hörgerät, ...):

---



---

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden.

---

Datum, Unterschrift