## Persönliche Daten

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort |
| Telefon | Blutgruppe |

## Im Notfall zu benachrichtigen:

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort |
| Telefon | Telefax |

| | |
|---|---|
| Name | Vorname |
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort |
| Telefon | Telefax |

## Hausarzt:

Name der Praxis

| | |
|---|---|
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort |
| Telefon | Telefax |

## Apotheke:

Name der Apotheke

| | |
|---|---|
| Straße, Haus-Nr. | PLZ Wohnort |
| Telefon | Telefax |



## **Wichtige Rufnummern:**

| | |
|---|---|
| Feuerwehr | Notruf 112 |
| Rettungsdienst | Notruf 112 |
| Polizei, Überfall | Notruf 110 |
| Verkehrsunfall | Notruf 110 |

Sonstige (Ärzte, Apotheke etc.)

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## Krankenversicherung

| | |
|---|---|
| Name der Krankenkasse | |
| Sitz: | |
| Telefon: | |

**Nummer der Versichertenkarte: _____**

Versichertenkarte befindet sich: _____

## Sonstige Versicherungen:

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



# Ärztliche Behandlungen

## -ambulant –

| Datum von/bis | Grund der ärztlichen Behandlung (Diagnose) | Name des behandelnden Arztes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Medikamente

| Name des Medikaments | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Blutgerinnende Substanzen (z. B. Macumar, Aspirin etc.):

| Name des Medikaments | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit | Einnahme-zeit |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |