|  |  |
| --- | --- |
| **NOTFALLKARTE** | |
| **Name, Vorname:** |
| **Geboren:** |
| **Wohnhaft:** |
| **Patientenverfügung:** |
| **Vorsorgevollmacht:** |
| **Betreuungsverfügung:** |
| **Bevollmächtigte Person:** |
| **Straße, Ort:** |
| **Telefon:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTFALLKARTE** | |
| **Hausarzt:** |
| **Krankenkasse:** |
| **Versicherungsnummer:** |
| **Blutgruppe:** |
| **Größe, Gewicht:** |
| **Grunderkrankungen, Allergien:** |
| **Impfungen Covid 19:** |
| **Impfmittel:** |
| **Medikamente:** |