|  |
| --- |
|  **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:**  |