

Notfalldatenblatt

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse und KV-Nummer: _____

Grunderkrankung(en) oder Behinderungsbild:

Allergien gegen Nahrungsmittel / Medikamente:

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Im Notfall sind zu verständigen:

Name: _____ Telefon/Handy: _____

Name: _____ Telefon/Handy: _____

Name: _____ Telefon/Handy: _____

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Uns ist bewusst, dass der*die Mitarbeitenden dieses Datenblatt, gemeinsam mit der Medikamentenverordnung und den Versicherungskarte, im Zweifel dem Rettungsdienst aushändigt.

Ort, Datum

Eltern/Erziehungsberechtigte/gesetzliche Vertretung