




<p>Allegien/Unverträglichkeiten:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>Besonderheiten:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Gewicht: _____ kg am _____</p> <p><b>Notfall-Kontakte:</b></p> <p>Name: _____ Tel.: _____</p> <p>Name: _____ Tel.: _____</p> <p>Arzt: _____ Tel.: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>Versicherungsnr.: _____</p>
<p><b>Für den Notarzt, aktuelle Medikation:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>UNBEDINGT VERMEIDEN:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>NOTFALLAUSWEIS</b></p>  <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p>

1. 
2. 
3. 