

INFOKARTE

Person

Vorname.....

Name.....

Geburtstag.....

Brille Kontaktlinsen

Notfallkontakt

Name.....

Tel. Nr.

Impfungen

Letze Tetanus.....

Zeckenimpfung (FSME)

Versicherung

*Name der Gesellschaft und
Versicherungsnummer*

Unfall.....

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Gönner der Rega

Ausweis-Nr.....

INFOKARTE

Person

Vorname.....

Name.....

Geburtstag.....

Brille Kontaktlinsen

Notfallkontakt

Name.....

Tel. Nr.....

Impfungen

Letze Tetanus.....

Zeckenimpfung (FSME)

Versicherung

*Name der Gesellschaft und
Versicherungsnummer*

Unfall.....

Krankenkasse.....

Versicherungs-Nr.

Gönner der Rega

Ausweis-Nr.....

INFOKARTE

Person

Vorname.....

Name.....

Geburtstag.....

Brille Kontaktlinsen

Notfallkontakt

Name.....

Tel. Nr.

Impfungen

Letze Tetanus.....

Zeckenimpfung (FSME)

Versicherung

*Name der Gesellschaft und
Versicherungsnummer*

Unfall.....

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Gönner der Rega

Ausweis-Nr.....

INFOKARTE

Person

Vorname.....

Name.....

Geburtstag.....

Brille Kontaktlinsen

Notfallkontakt

Name.....

Tel. Nr.....

Impfungen

Letze Tetanus.....

Zeckenimpfung (FSME)

Versicherung

*Name der Gesellschaft und
Versicherungsnummer*

Unfall.....

Krankenkasse.....

Versicherungs-Nr.

Gönner der Rega

Ausweis-Nr.....

Allergien

.....
.....
.....
.....

Im Falle einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich, etc.) darf ein Antihistaminikum verabreicht werden:
..... Ja Nein

Medikamente & Dosis

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hausarzt

Name

Strasse

PLZ

Ort.....

Telefon.....

Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift

Allergien

.....
.....
.....
.....

Im Falle einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich, etc.) darf ein Antihistaminikum verabreicht werden:
..... Ja Nein

Medikamente & Dosis

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hausarzt

Name

Strasse

PLZ

Ort.....

Telefon.....

Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift

Allergien

.....
.....
.....
.....

Im Falle einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich, etc.) darf ein Antihistaminikum verabreicht werden:
..... Ja Nein

Medikamente & Dosis

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hausarzt

Name

Strasse

PLZ

Ort.....

Telefon.....

Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift

Allergien

.....
.....
.....
.....

Im Falle einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich, etc.) darf ein Antihistaminikum verabreicht werden:
..... Ja Nein

Medikamente & Dosis

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hausarzt

Name

Strasse

PLZ

Ort.....

Telefon.....

Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift