

# Notfallkarte für (Name:) \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_

Versichert über: \_\_\_\_\_

Impfung/Impfkombination	Wann

Allergien, Besonderheiten, Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im Notfall benachrichtigen:

Name	Telefon	Adresse
(Eltern)		

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_