

Wichtige Informationen

Mein Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Meine Apotheke

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Haben Sie einen Allergiepass?

ja nein

Überempfindlichkeit gegen folgende Stoffe: _____

Sind Sie Diabetiker?

ja nein

Wenn ja, meine Medikamente: _____

Wenn ich noch schlucken kann, geben Sie mir bitte etwas Zucker oder ein gezuckertes Getränk. Ich habe Traubenzucker in: _____

Sollte ich nicht ansprechbar sein, bringen Sie mich in die Seitenlage, bis der Arzt kommt.

Sind Sie Epileptiker?

ja nein

Sind Sie Dialyse-Patient?

ja nein

Sonstige Hinweise:

Kontakt im Notfall

Name: _____

Telefon: _____

Notfallnummern

Internationale Notrufnummer 112

Ambulanz 144

Polizei 117

Feuerwehr 118

Tox Info Suisse 145