

Informazioni importanti

Il mio medico di famiglia

Nome: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

La mia farmacia

Nome: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Ha una tessera delle allergie?

sì no

Ipersensibilità verso queste sostanze: _____

Soffre di diabete?

sì no

Se sì, i medicinali che uso: _____

Se sono in grado di deglutire, datemi dello zucchero o una bevanda zuccherata. Ho dello zucchero d'uva qui: _____

Se non sono cosciente, mettetemi su un fianco finché non arriverà un medico.

Soffre di epilessia?

sì no

È sottoposto a dialisi?

sì no

Altre indicazioni:

Contatto in caso di emergenza

Nome: _____

Telefono: _____

Numeri di emergenza

Numero di emergenza internazionale 112

Ambulanza 144

Polizia 117

Pompieri 118

Tox Info Suisse 145