

Medizinische Notfallliste

N..... **Hausarzt:** Dr. med.
Bstr. 99 **D...str. 100**
7.... M.... **7.... M...**
0123-4567.. **01234-5678**

Im Notfall bitte Nachricht an:

A Tel.: 01234-5678
mob. **0111 - 5... M**
..... Tel.: 02222-7777
mob. **0111 - 77777**

Pat.Verf./Vors.Vollm. vorhanden bei:

A. E..... + C.T...

Im Todesfall

Organspenderausweis: Ja /Nein
..... ausw. Tel.: 023-343434

<u>Medikamente</u>	<u>Stand 00.00.2019</u>	<u>Dosierung</u>
A	150	1 - 0 - 0
B	47,5 Ret.	1 - 0 - ½
C		½ - 0 - ½
D		1 - 0 - 0
E		1 - 0 - 0
Blutverdünner		1 - 0 - 1
2. Medikament		1 - 0 - 0
F	0,120	0 - 0 - 1 ½
R		1 - 1 - 1
S	2,5	½ - 0 - 0
R		1
P		1 - 0 - 0

Erkrankungen/Gesundheitliche Störungen

Herzinfarkt ...

H, K
R C
P
B
S D
N

Operationen

	<u>Jahr</u>
O	19
P	19
C	19
P	20
O	20
O	20
O	20

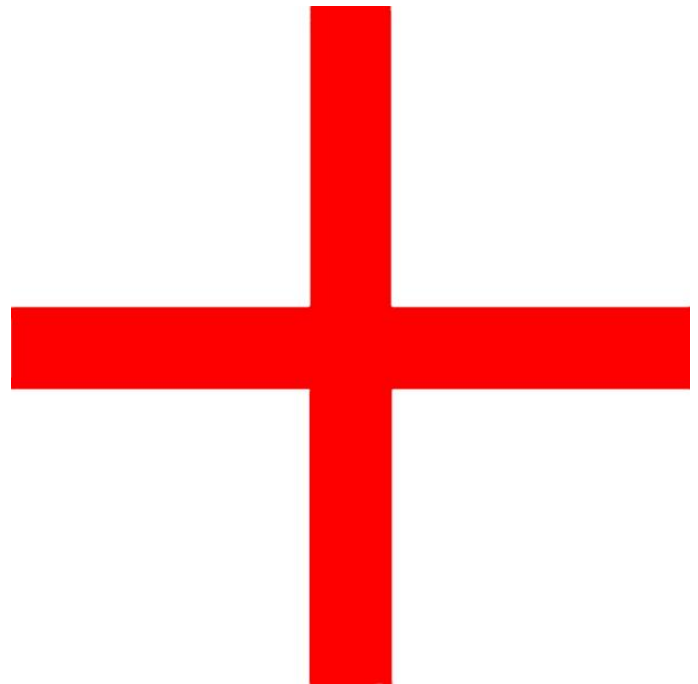
Unverträglichkeiten/Allergien

V
V
V
V
V

Besonderheiten

R.....
.....
.....

Für den Notfall



Nachricht an:

M..... (Sohn)
Tel.: 02234-567
mob. 0111-333

H.....E.... (Mutter)
Tel.: 0123-4567
mob. 01111-222

.....
Papiere: Wohnzi. Regal li.
Ordner: **NAME**