

Notfallformular

Name

Vorname

Strasse

PLZ Ort

Land

Geburtsdatum

Krankenkasse

Blutgruppe

Rega Mitglied ja nein

Spezielle Bemerkungen (Medikamente, Krankheit)

Wer soll bei einem Notfall informiert werden?

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Land

Ärztin/Arzt, Tel.

Dieses Formular bitte an gut auffindbarer Stelle im Rucksack mitnehmen.