

Weitere Angaben

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Krankzusatzversicherung

Versicherungs-Nummer



www.attianese-versicherungen.de

Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name Telefon

Geschäftl. Mobil

Name Telefon

Geschäftl. Mobil

Hausarzt Telefon

Polizei 110

Notruf / Feuerwehr 112

Kinder-

Unfall-

Bild einfügen

Pass

Name Vorname

geb. in

PLZ / Wohnort Telefon

Straße, Nr.

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.

Medikamentöse Langzeitbehandlung

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Vermerke: _____

Besondere Anfälligkeiten / chronische Erkrankungen

Chronische Organleiden ja nein

Welche _____

Dialysebehandlung ja nein

Bluter (Hämophilie) ja nein

Glaukom ja nein

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Krämpfe / Nervenleiden ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

Welche _____

Allergien ja nein

Welche _____

Operationen, andere Risikofaktoren:

Blutgruppe und Rh-Faktor

Blutgruppe und Rh-Faktor werden bei jedem Notfall neu bestimmt!

Bemerkungen / Sonstiges

Datum

Stempel + Unterschrift des Arztes