

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sprache/n: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____
Allergien: _____
Chronische Beschwerden: _____
Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuefugees.de

NOTFALLKARTE:



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sprache/n: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien: _____

Chronische Beschwerden: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefuges.de

NOTFALLKARTE:



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sprache/n: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien: _____

Chronische Beschwerden: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuefuges.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuerefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuerefugees.de

NOTFALLKARTE:



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sprache/n: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien: _____

Chronische Beschwerden: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

www.wuflugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuflugees.de