

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.wuerefugees.de



Bitte kontaktieren Sie folgende Person/en im Notfall:

www.wuerefugees.de