

**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