

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.

Medikamentöse Langzeitbehandlung

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Vermerke: _____

Besondere Anfälligkeiten/ chronische Erkrankungen

Chronische Organleiden ja nein

Welche _____

Dialysebehandlungen 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

