

**Notfallformular** (nur bei Bedarf auszufüllen)

Name der/des Teilnehmenden:

--

Name des Hausarztes:

--

Telefonnummer des Hausarztes:

--

Bei mir bestehen folgende Krankheiten:

--

Bei mir bestehen folgende Allergien oder Unverträglichkeiten:

--

Ich muss folgende Medikamente einnehmen:

Name					
Verabreichung			Lagerung		
Dosierung morgens		Dosierung mittags		Dosierung abends	
Bemerkungen					

Name					
Verabreichung			Lagerung		
Dosierung morgens		Dosierung mittags		Dosierung abends	
Bemerkungen					