

# NotHilfeAusweis

<b>Emergency Card</b>	Emergency call Germany <b>112</b>	<b>NotHilfeAusweis</b>	Notrufnummer <b>112</b>	<b>DELA</b> füreinander
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Herzschrittmacher</b> (Pacemakers)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Herzinfarkt</b> (Heart attack)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bypass-Operation</b> (Bypass surgery)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bluthochdruck</b> (Hypertension)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bluterkrankheit</b> (Hemophilia)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> (Diabetes)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Taub</b> (Deaf)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Stumm</b> (Mute)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>HIV</b> (HIV)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Nierenerkrankungen</b> (Kidney diseases)</li> <li>Dialyse seit: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Blutgruppe</b> (Blood group): _____</li> <li><b>Impfungen</b> (Vaccinations):</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b> (Hepatitis)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Keuchhusten</b> (Whooping cough)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Polio</b> (Polio)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Masern</b> (Measles)</li> <li><b>Tetanus-Impfung</b> (Tetanus vaccination)</li> <li><b>Datum</b> (Date)      <b>Impfstoff</b> (Vaccine)</li> <li>_____</li> </ul>	_____ _____ <b>Name</b> (Surname) _____ <b>Vorname</b> (Name) _____ <b>Geburtsdatum</b> (Date of birth) _____ <b>Straße, Nr.</b> (Street, Number) _____ <b>PLZ, Ort</b> (Postcode, Town) _____		
Hinweise (instructions): © Anwaltskanzlei Arnold   www.dela.de				

<b>Im Notfall benachrichtigen (Contact in case of emergency):</b>		_____ _____
1. <b>Bevollmächtigter</b> (Authorized)	_____ _____	<b>Telefonnummer</b> (Phone number)
2. <b>Bevollmächtigter</b> (Authorized)	_____ _____	<b>Telefonnummer</b> (Phone number)
3. <b>Bevollmächtigter</b> (Authorized)	_____ _____	<b>Telefonnummer</b> (Phone number)
<b>Wichtiger behandelnder Arzt</b> (important attending doctor)	_____ _____	<b>Telefonnummer</b> (Phone number)
<input type="checkbox"/> <b>Vorsorgevollmacht</b> (Health care proxy) <input type="checkbox"/> <b>Patientenverfügung</b> (Patient's provision)		<b>Wichtige Medikamente</b> (Important medicines) _____ _____ <b>Allergien</b> (Allergy) _____ _____ <b>Epilepsie</b> (Epilepsy) _____ _____ <b>Herzerkrankungen</b> (Heart disease) _____ _____ <b>Unverträglichkeiten</b> (Medication intolerances)

 Bitte auf Papier drucken, ausfüllen, ausschneiden, falten, kleben und in der Brieftasche mitführen.