

**Infos für den
Rettungsdienst**

S O S
Notfall Box

Der Gemeinde Pöndorf u. Zeitbank Pöndorf

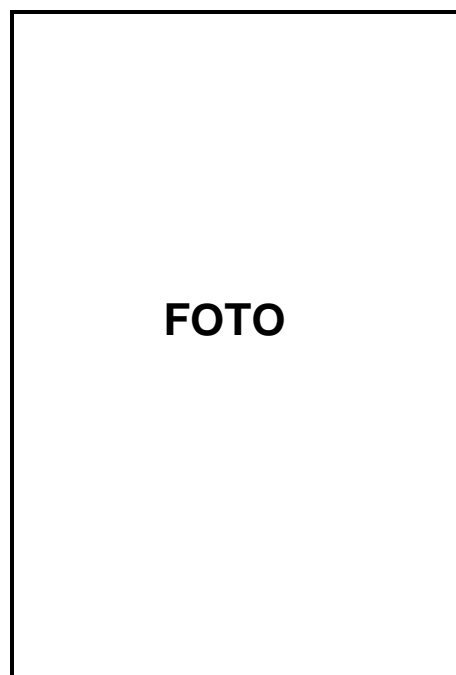


**Ärztlicher Bereitschaftsdienst
141**

Vorname	
Nachname	
Geb.-Dat.	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Kranken- kasse Vers.Nr.:	
Hausarzt Tel.	
Haus- krankentpf.	
Tel.	

Allergien				
Wichtige Medikamente	morgen	mittag	abend	nacht

wenn Ja, wo finden wir die Dokumente	
Patienten- verfügungen	
Organ- spender	
Herzschritt- macher	
Brille	
Hörgerät	
Zahn- prothesen	
Besonderheiten, Sonstiges, Wünsche	



FOTO

Grunderkrankungen

Wichtige Medikamente	morgen	mittag	abend	nacht

Angehörige(r), Name, Telefon	
Angehörige(r), Name, Telefon	
Ich (bzw. gesetzlicher Vertreter)	
Aktualisiert am	
durch	
Unterschrift	